COURS DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

PRATIQUE

DEMS 2019

Dr. HADJER AYAD

PRATIQUE

1-coelioscopie diagnostic

2-coelioscopie opératoire

3-hysteroscopie diagnostic

4-hysteroscopie opératoire

5-hysterectomie

6-prolapsus génitaux

7-chirurgie de prolapsus

8-traitement chirurgical de la GEU

9-myomectomie

10-sterilisation tubaire

11-hysterosalpingographie

12-frottis cervico-utérin

13-colposcopie

14-conisation

15-cerclage du col

16-curage-curetage

17-infiltration du nerf honteux interne

18-partogramme

19-forceps

20-épisiotome

21-délivrance artificielle

22-examen du délivre

Dr hadjer ayad

Coelioscopie dig

Dr Hadjer Ayad

I- introduction :

1- définition = la coelioscopie est la visualisation endoscopique de la cavité péritonéale préalablement distendue par un pneumopéritoine artificiel, par voie abdominale outranspariétale = coelioscopie
voie vaginale = culdoscopie

2- interet :
- Technique simple mais non dénuée de risques
- de pratique courante, aux multiples interets :
  1 → diagnostic = indication réduite (IRM, echo, bio)
  2 → monstic : infection (endométriose, tuberculose), Tm ovariennes
  3 → therapeutique : chirurgie par coelio → Respect integrité organe pel
    → effract° parietale minime
    → esthetique
    → ↓ durée (h)
  4 → utilisée en PMA

II- conditions indispensables :

1- Milieu chirurgical

2- Materiels :

A- Endoscopes : constitué de :
- ✱ un fourreau = permet d'introduire le trocard, suivi d'une soupape et un robinet d'arrêt
- ✱ trocard : permettant le passage d'instrument
- ✱ les optiques = à lumière froide
  - vision panoramique
  - vidéo = ⊕ enfant
  - calibre : 5-8mm = optique Dg
    10-12mm = " op
  - axe : Dte vision axiale = pano
    " oblique = ba

* autres :
- → aiguille de veress et de palmer
- → insufflateur
- → canule uterine
- → source de lumière
- → espion, camera

→ système d'insufflation
→ optique sys vidéo
→ Trocard
→ instruments dg

B- hemostase : ① electrocoagulation (Mono - Bipolaire)
② thermocoagulation
③ lasers : CO_2 - Argon ionisé

3- Anesthesie
2 FDR en coelio → pneumopéritoine
→ position de Trendelenburg

A- "pneumopéritoine"

- double intérêt : + protection des viscères lors de l'introduct° de trocard
  + meilleure vision des organes
- gaz = CO_2 le + utilisé mais justifié une ventilation assistée avec intubation du fait de l'hypercapnie
- hyperpression abdominale = responsable :
  - trb ventilatoire = compression diaphragmatique / Trendelenburg
  - " circulatoire = ↓ retour veineux ↓ QC
  - " Métabolique : Acidose mét, ↑ glycémie, ↑ cortisol

B- "position de Trendelenburg"

- inclinaison de 15 - 20° = améliore le retour veineux
  effet shunt par hyperventilation des bases puis ↑
  effet shunt amélioré par la perfusion des sommets
- décubitus dorsal ⇒ hypoperfusion - hyperventilation

C- "conséquences pratiques"

- nécessité d'une AG + intubation + ventilation contrôlée
- P° intra abdominale < 20 mm Hg
- inclinaison < 30°
- exsufflation régulière
- ventilation artificielle contrôlée

Intérêt : contre indications + complications

Absolues

- ♥ = trb du rythme
  IC
  cardiomyopathie
- trb de coagulation non corrigés
- occlusion aigue ou iléus
- péritonite généralisée
- suppuration de la paroi abd
- hemopéritoine ↘ trocart
- HIC

CI Relatives

- affection broncho-pulmonaire
- laparotomie ant + plastie abd
  + occlusion ou stricte
- hemopéritoine ↘ trocart sans retentissement
- Masse abdomino-pelvienne
- grossesse > 3 mois
- hernie ombilicale, diaph, crurale

Complications :

A- Mortalité : 3- 8 / 100.000

B- Morbidité :

→ Anesthésique : arythmie, arrêt cardiaque
hyperventilation
Syd de Mendelson

→ infectieuses : * infection pariétale
* abcès profond
* péritonite
* infection urinaire

→ digestives : plaie gastrique
plaie intestinale
occlusion secondaire

→ Emphysème : cutané, sous pariétal, pariétal
pneumothorax, pneumopéritoine
épiploïque, mésentérique

→ plaie vasculaire

→ plaie vésicale ou urétrale

→ Brûles cutanée, digestive ..

IV Technique opératoire :

1- installation :
- position du malade = classique, cuisse 1/2 fléchies, siège débordant table
- Sondage vésical évacuateur aseptique
- Mise en place d'une canule intra utérine
- Asepsie abdominale

2- pneumopéritoine :

A- point de ponction : - voie abdomino- sus-pubienne → trans ombilical
→ sus- pubienne
→ sus- ombilical
FIG : si adhérence au laparotome

- voie vaginale = ♀ obèse

B- introduction de l'aiguille : verticalement, sensation de ressaut à la traversée du péritoine + aponévrose

C- Test de sécurité = aspiration simple (ni gaz ni liquide) pour vérifier que l'aiguille n'est pas dans une inj de gaz sous

D - insufflation : si test ⊖ de CO_2 AT ou H_2S

- purge du tuyau
- contrôle du PNC = disparit° de la matité pré-hépatique gonflement symetrique et moyen du abd

E - Mise en place du trocard

→ précédé de : - Trendelenburg (30°)
- incision cutanée sous ombilicale
- Test de securité
- contrôle de la p° abdominale

→ introduction du fourreau et du trocard par un trajet en chicane = optique vers la gauche puis centre puis ur° vers CDS Douglas

F - voie d'abord supplementaire : sus-pubien ou fossette iliaque

G - open laparoscopique = introduction de l'optique sous contrôle de la vue après mini laparotomie au niv de l'ombilic

(V) Résultats =

(1) pelvis - organes pelviens :

→ utérus = taille, forme, couleur, consistance

→ Annexes = trompes : longueur, calibre, finesse épaisseur clarté, souplesse, rigidité liberté, sacrifice, pavillon avec franges

ovaires = pré-pubertaire : allongés, lisses, homogènes
post menopausique : atrophiques, petits
en période d'activité genitale : → post menstruelle : 1 ov des follicules 6-8 mm
→ ovulatoire : stigmate ov : follicule
→ post ovulat° : CJ rouge, liquide

→ CDS vésico-utérin et lig ronds

→ CDS de Douglas et lig utéro-sacré

→ au dessus du plan des US : fossette ovarienne, face post lig large, limite ov

(2) Gestes associés =

- chromotubation : épreuve au bleu de méthylène
- Tuboscopie = Fibroscopie tubaire

VI Indication :

1- douleur pelvienne aigue : * GEU
* Salpingite
* Torsion de kyste ou d'annexe
* corps jaune hemorragique

2- douleur pelvienne chronique
* endometriose
* Adherence
* Retroversion

3- Sterilité

4- malformation Genitale

5- Masse pelvienne

VII Conclusion :

A partir du temps diagnostic capital, le pc est etabli et une stratégie thérapeutique est elaborée pouvant inclure un trt chirurgical par voie vaginale ou laparotomie ou Abstention

Hysteroscopie dg

Dr Hadjer Ayad

I- Generalité :

1- Definition : c'est l'exploration endoscopique de la cavité utérine en passant par les voies naturelles : vagin, col

2- interet : c'est un acte simple et peu traumatique peut :

* confirmer certains diagnostique : HTR, stadification Kc
* Diriger les gestes
* éviter les hystérectomies

II- indications :

a- → hysteroscopie diagnostic : soit exclusive ou completant les explorations

a-1- Bilan des Metrorragies :

* en période d'activité génitale

en dehors de la grossesse

1- Myome sous muqueux
2- polypes cervicaux / endométriens
3- hyperplasies endométriale : apparait une zone atypique sur laquelle on fait des prélevements étagés

en cas de grossesse

1- lors IVG : contrôle la verification hysteroscopique permet d'eviter le curetage
2- Retention placentaire !!!
3- Môle ou GEU

* en période ménopausique

1- polype ou myome
2- atrophie endométriale cause la + fréquente des HTR post ménopausique
3- aplasie ou Kc de l'endometre :
   → lésions circonscrites : + vt fonctique (végétations, ulcérations)
   → lésion diffuses : toute la cavité est à isthme.

a-2- Bilan de sterilité :

1) Synéchies : excellent moy Dx + thérapeutique ↔ col corporéale
2) cloison utérine et Malformation : découverte à HSG à l'occasion des fausses couches
3) Repérage de DIU : après avoir éliminer une grossesse, retrait de steriet par une

b) → Hystéroscopie opératoire :

b-1) Gestes courant en ambulatoire

1. **Biopsies dirigées** : par pince endoscopique après repérage de la topographie de la lésion
2. **Synéchies récentes** : effondrées avec l'extrémité de l'endoscope
3. **polype < 1 cm** = détaché par électro-résection ou coagulation
4. **Cathétérisme tubaire**
5. **Retrait de DIU** à la pince endoscopique

b-2) Gestes réalisés avec anesthésie locale ou générale

1. **Cloison utérine** : Section au ciseau ou au laser (Ya)
   Seule la cœliosopie peut faire la ≠ entre Ū cloisonné ou bicorne
2. **synéchies anciennes** :
   * HSG préalable indispensable ××
   * acte difficile risque de perforation +++
   * en fin d'intervention mise en place de DIU pdt 2 mois
3. **Myome ⩽ 4-5 cm** :

   utérus polymyomateux chez une ♀ ne souhaitant plus de grossesse reste une indication à l'hystérectomie, l'examen endoscopique est une alternative élégante
4. **Endométrectomie** : MTR fonctionnelle rebelle au trt médical
   enlève l'endomètre
   destruction de la couche basale par laser créer une synéchie expérimentale et éviter l'hystrectomie
5. **Fœtoscopie + Fœtoscopie**
6. **Métroplastie d'agrandissement**

III) - Contre-indications :

I) - **Infectieuses** = infection du haut appareil génital (infection cervico-vaginale)

2) **Gravidique** = grossesse en cours ou suspicion

3) **Mécanique** : col cicatriciel sclérosé ou tumoral

4) **Hémorragique**

IV - Instrumentation :

1- **hysteroscope optique** : { rigide ⌀ 3,5 – 2 mm ; souple 4 mm – 3,6 mm ⌀

2- **Lumière** : source de lumière froide 200 watts, source de Xenon

3- **Milieu de distention** = au **Serum physiologique** ou au **Gaz carbonique** (CO2)
Medium ne doit pas depasser 100 mm Hg
Glycocolle + +

4- **Materiel video** : camera fixée à l'optique et reliée au moniteur (écran)

5- **instruments opératoires** :
- ciseaux
- pince à biopsie
- Résectoscopie / electrodes de coagulation / cathéters

V - Technique de l'hysteroscopie :

1- **Lieu de l'examen** :
- au bloc operatoire de référence
- au cabinet de praticien dans certaines conditions.

2- **Date de l'examen** :
* ♀ Non menopausée : 1ère partie du cycle : endometre peu épais, pas d'istheme ouvert
* ♀ ménopausée = si atrophie importante = 25 g d'ethyl estradiol pdt 10 j

3- **préparation** :
- prémedication
- position gynecologique avec débord du siège
- TV : repérer la position de l'uterus

4- **examen manuel dit** :
1- Toilette cervicale et vaginale au SSI
2- Mise en place du speculum type ouvert
3- hysterométrie (risque de traumatisme ou muqueuse)
4- prétension du col par la pozzi à 9h pour un chirurgien
5- pince tenue par la main gauche
6- hysteroscope tenu par la main Dte et pénétre dans l'axe du col
7- Retirer le speculum
8- progresser doucement sous contrôle de la vue en attendant que le Gaz effectue la dilatation en avant de l'hysteroscope
9- Ne jamais forcer, franchir l'isthme lentement de façon atraumatique

10- avant de la cavité utérine l'exploration sera globale panoramique :
- Faces
- Fond
- bords
- cornes
- orifices tubaires

11- profiter du retrait pour voir une 2ème fois le canal cervical

12- laisser un peu la malade allongée pour éviter la douleur scapulaire en rapport avec le passage intra péritonéal du CO_2

⇒ Résultats

VI - Aspects Normaux :

1- canal cervical : aspect papillomé :
les colonnes ant + post et les cryptes glandulaires nettement vues en période pré-ovulatoire
ces structures s'estompent en phase post ovulatoire et disparaissent à la ménopause.

2- Isthme : muqueuse isthmique peu fonctionnelle mince et peu vascularisée

3- cavité utérine : aspect de l'endomètre dépend de la phase du cycle :
→ 1ère phase : pâle et lisse puis 10-14 mm épaisse + congestive (5 mm)
→ ovulation : réactionnelle, endomètre épais (8 mm) contenant sécrétion translucide
→ 2ème phase : épaisse > 7 mm, vx importants, pas de sécrétion
→ post-ménopause

4- Ostium tubaire : Non variants pdt le cycle, plis tubaires visibles.

VII - Aspects pathologiques :

* col + isthme :

1- polype = fréquent, bénin, vx réguliers (suspect si anarchique)
2- Fibrome du col = rigide et blanchâtre
3- endocervicite : hypervascularisation régulière
4- Adénomyose : taches bleutées
5- BCI = suspectée à l'HSG
6- Sclérose : muqueuse avasculaire, isthme rigide
7- Kc : zone blanchâtre saillante
8- cicatrice de césarienne : invisible si bonne qualité sinon → bourrelet hypotrophique avasculaire

* cavité utérine :

1- synechies utérines : fibreuse, dense, couche blanchâtre, simple déformation du relief utérin
2- polypes suspect si vx anarchique
3- Fibrome : Tm bénigne entourée d'une pseudo-capsule hypervascularisée
4- Adénomyose : diverticules endométriaux enchâssés dans le myomètre

* pathologies de l'endometre

→ "endométrite" : inflamation de l'endometre
- aigue = pus - séorité - endometre rouge hypervascularité
- sub-aigue = hgie s/muqueuse
- chronique = aspect "variqueux" des capillaires de l'endometre

→ "hypertrophie"
- hyperplasie simple : ↑ harmonieuse de l'épaisseur de l'endometre
- hyperplasie glandulokystique : petit kyste glandulaire, vx fin
- hyperplasie adénomateuse : glandes polyfaniées, chrint d'épaisseur

→ "Atrophie" : après ménopause +++
- endometre < 1mm
- pétechies capillaires saignant au contact

→ "ADK" : milieu liquide : lésion exophytique polypoïde, polype à vx anarchique irrégulière
milieu gazeux : Dg difficile
excoriation polylobée, blanchâtre dure

→ pathologie de l'ostium tubaire :
- cloisonné
- obstruction complète

VIII - "Complications" :

1* cpl anesthésique loco-régionale et générale
2* cpl liée au milieu de distension :
↳ liquide : choc anaphylactique, passage du liquide ds la circulation
↳ CO_2 = { embolie gazeuse → hypercapnie / ddc scapulaire
3* infection
4* traumatisme : déchirure du col par le pince de pozzi, perforation utérine
5* Risque de dissémination néoplasique

IX - conclusion :

cet examen subit actuellement un développement majeur en rapport avec les moyens techniques de l'instrumentation et l'importance des renseignements recueillis par cet acte simple Non Traumatique !!!.

Cœlioscopie opératoire

Dr Hadjer Ayad

I) introduction :

La cœlioscopie = Laparoscopie : technique chirurgicale moderne,

le principe : consiste à opérer dans la cavité abdominale sans ouverture pariétale large contrairement à la laparotomie

la vision du champ opératoire s'effectue sur un écran grâce à une optique fine (endoscope) reliée à une source de lumière + caméra

elle nécessite l'insufflation d'un gaz = pneumopéritoine

Ses avantages : - chirurgie mini invasive, ↓ morbidité post op
- bénéfice esthétique, - geste chirurgical précis et efficace
- hospitalisat° courte durée

la cœlioscopie peut être pratiquée à visée : diag ou opératoire.

II) CI de la cœlioscopie :

- CI anesthésique : insuff ♡, respiratoire ...
- la mucoviscidose en cas d'affect° maligne
- le principale facteur limitant la cœlio : inexpérience des chirurgiens

III) Matériels cœlioscopique :

1- insufflateur : dans cotturelle de la matrice
2- Matériel optique et vidéo reliés à une source de lumière
3- bistouri électrique : mode mono- bipolaire
4- instruments : - aiguille de Veress pour la création d'un pneumopéritoine
- les trocarts : N°5 et 10 mm de Ø et N°10
- une paire de ciseaux cœlioscopique
- pinces avec ou sans griffes
- pince à électrocoagul° bipolaire
- clips - pince de suture - porte aiguille
- canulation utérine.

5- système d'irrigation et de drainage
6- les ≠ appareils sont regroupés dans une "colonne"

IV Installation et mise en place de la cœlio :

A - installation de la patiente :

1- patiente placée en décubitus dorsale, les jambes tendues en abduction le siège débordant la table

2- Sondage vésical

3- position Trendelenburg (min : 10-15°, max 30°) après introduct° de l'optique à travers le trocart n°1 pour explorer le pelvis

B - création d'un pneumopéritoine : "aiguille de Palmer"

a) en transombilical

But : l'écartement et la stabilisation de la paroi à distance des organes grâce à une P° intra abd = 15 mmHg

Indication : - pas ATCD de laparotomie, - Non obèse IMC < 30, - pas de grosse volumineuse - Bon relâchement de la paroi - pas de Gaz

Technique :

1- après vérification du bon fonctionnement du ressort de l'aiguille en gardant le robinet ouvert pour permettant à l'air ambiant d'entrer pour chasser les gaz

2- moucheture avec le bord inf de l'ombilic en soulevant l'ombilic avec une pince à dissect°

3- soulèvement de la paroi abd vers le haut ++

4- introduction de l'aiguille dans le plan sagittal avec un angle de 90° par rapport et de 45° par rapport à l'horizontal

on doit ressentir 2 ressauts : = fascia + péritoine

5- Test de sécurité à la seringue de 20 cc = 03 tps :

→ aspiration ne ramène rien : témoin de P° intra abd négative

→ inj° de 15 cc d'air doit être facile et sans résistance

→ 2ème aspiration ramenant du mélange air vide

6- insufflation = réalisation d'un pneumopéritoine

7- Mise en place des trocarts :

→ Trocart ombilical : de 10mm

- Sous soulèvement de la paroi ++
- incision centrée à la marge inf ou latéral gauche de l'ombilic
- après avoir retiré l'aiguille, le trocart est introduit dans l'axe Sagittal par un mvt de rotation en visant le douglas avec un angle de 45° par rapport à l'horizontal
- dès que le trocart est en place le bruit de gaz qui s'échappe fermer le robinet et vérifier d'emblée avec l'optique.

→ les trocarts pour les instruments = 05 mm

* trocart latéral gauche : se situe à la limite de 1/3 ext et 2/3 int de la ligne rejoignant l'épine iliaque antéro sup et l'ombilic
* trocart latéral droit : point de Mc Burney
* le 3ème trocart sus pubien : sur la ligne médiane au niv de la ligne rejoignant les points des trocarts latéraux

– les trocarts sont introduits ⊥ à la paroi sous contrôle visuel ⚠⚠

(8) – exposition du pelvis :

facilitée par la position Trendelenburg 10 - 15° + refoulement des anses + cavitation utérine.

(2) → création d'un pneumopéritoine dans l'hypochondre gauche :

* indication : → ATCD de laparotomie car le risque d'adhérence est faible dans cette région
→ patiente obèse IMC 30
→ masse pelvienne ou grossesse.
* Technique :
  - introduction de l'aiguille sur la ligne médio-claviculaire à 4 à 5 cm sous le rebord costal gauche ; obstacles de doigts sous le rebord costal
  - ne nécessite pas une traction de la paroi ; direction à la verticale
  - 03 ressauts ! = la gaine ant + la gaine post du muscle droit + péritoine

C – Mise en place du trocart ombilical sans création d'un pneumopéritoine par incision

indication : patiente non obèse, pas ATCD de laparotomie, paroi facile à soulever pas de masse volumineuse et pas de grossesse

Technique : après incision au fond de l'ombilic, le trocart de 10mm est placé avec des mvt de rotat°, l'axe est horizontalisé dans le plan sagittal l'opérateur et son assistant tractent la paroi.
le passage dans le fascia et le péritoine est bien reçu
vérifier le bon placement du trocart avec l'optique puis insufflation

D – Coelioscopie ouverte :

indicat° = ATCD de laparotomie médiane, chirurgie de l'hypochondre gauche HPE, SPG

il faut utiliser des trocarts spécifiques avec pointe mousse

Technique : incision cutanée + tissu graisseux disséqué aux ciseaux pour découvrir l'aponévrose qui est accrochée par pince de Kocher sous contrôle de la vue, ouverture de l'aponévrose puis le péritoine une fois la cavité péritonéale est ouverte le trocart mousse est introduit sous contrôle visuel avant d'insufflation.

V) Techniques de base :

1 - Stérilité tubaire :

a - La Néostomie :

1 - Repérage de l'ostium tubaire
2 - ouverture de l'hydrosalpinx aux ciseaux froid ou à la monopolaire (incision 2 cm)
3 - introduction d'une fine pince ou un dissecteur à travers cette ouverture
4 - ouverture des dissecteurs progressivement de façon à mettre en tension les accolements entre les franges (franges soignées)
5 - évasion :
   → par coagulation à la bipolaire (NRJ de watts) de la séreuse sur 1 cm avant et après
   → évasion au GYP (YAG) est + difficile
6 - lavage soigneux

b - Adhésiolyse :

1 = la recherche d'adhérences doit être méticuleuse
2 = les adhérences doivent être réséquées et non sectionnées
3 = l'adhésiolyse doit associer dissection - section
4 = sectionnées au laser à la coagulation monopolaire ou aux ciseaux
5 = la coelioscopie préalable n'est pas indispensable car les adhérences lâches inutiles pour les adhérences denses et rétractiles
6 = renoncer à des adhésiolyses difficiles avec le long du tractus digestif très efficaces sont soit inutiles du fait de la récidive et provoquent des CPL digestives
7 - hémostase soigneuse et non destructive.

c - Fimbrioplastie :

- devant une obstruction partielle du pavillon
- introduction d'une pince atraumatique à travers l'ostium non complètement obstrué
- l'écartement permet de lever les brides et passage franc du bleu
- possibilité de faire une microincision de l'anneau scléreux du phimosis
- le temps d'évasion est le même que la néostomie

2) - GEU :

→ Traitement conservateur :

a) - Salpingotomie :

1 - exposition de la trompe par une pince atraumatique

2 - incision longitudinale de 10-15 mm sur le bord antémésial de la trompe en regard de la portion moyenne de l'hématosalpinx (la séreuse tubaire doit avoir un aspect bleuté ou la pointe monopolaire).

3 - hydrodissection - aspiration : une couche 10 mm est injectable dans l'incision

4 - la GEU est clivée de la paroi tubaire en réalisant une irrigation sous pression
→ décollement complet en un bloc

5 - lavage - aspiration

6 - hémostase par : lavage abondant au SSI ; compression de la trompe (avant bipolaire).

→ Traitement non conservateur :

b) - Salpingectomie rétrograde : de la corne utérine → lig infundibulo-ovarien

1 - débute par une coagulation puis section de la partie proximale de la trompe à ras de la corne utérine afin d'éviter les récidives (bipolaire)

2 - puis d'une façon rétrograde on réalise une succession de coagulation-section de proche en proche du mésosalpinx jusqu'à l'extrémité tubaire

3 - hémostase

4 - Toilette abondante au SSI

⚠ Repérer le pavillon, l'ovaire, lig infundibulo-ovarien.

c) - Salpingectomie antérograde :

la technique est la même mais en commençant par le lig infundibulo-ovarien

3) - infections génitales hautes :

a - Coelioscopie initiale : phase aiguë

1) - adhésiolyse

2) - drainage des collect° purulentes

3) - drainage d'un pyosalpinx par salpingotomie sur le bord antémésial de la trompe

4) - drainage d'un abcès tubaire → adhésiolyse de la portion tubaire distale

5) - drainage d'un abcès inter tubo-ovarien → adhésiolyse et effondrement des loges puriformes

6) - abcès annexiels complexe : salpingectomie / annexectomie

b - Coelioscopie de contrôle : stable ou points précis

1) - persistance de l'infection

2) - perméabilité tubaire : hystérosalpingographie / hystérosalpingoscopie / échographie de contraste

3) - l'état adhérentiel : cette coelio permet d'achever l'adhésiolyse à froid

4) - le pronostic de la fertilité ultérieure

4 - Kyste ovarien :

→ le temps d'exploration :

1 - examen de la cavité pelvi-abdominale
2 - examen du kyste et l'annexe controlatérale
3 - Rechercher des signes d'endométriose
4 - Rechercher des signes de malignité ⇒ ouverture en laparotomie
5 - cytologie péritonéale +++

→ le temps opératoire :

A - kystectomie intra péritonéale :

① à kyste fermé :

1 - incision sur le bord antéro-latéral de l'ovaire (parenchyme ovarien)
2 - saisir le parenchymes avec 02 grips pinces en tractant les berges de manière divergente de façon à énucléer le kyste et libérer complétement l'ovaire
⚠ le plan de clivage est satisfaisant si la surface du kyste est blanche

② - kystectomie après ponction du kyste :

1 - le contenu kystique est evacué à l'aide de la canule d'aspiration - laparo en évitant toute dispersion
2 - l'orifice de ponction est elargi aux ciseaux
3 - traction divergente entre 02 pinces, l'une sur le kyste et l'autre sur l'ovaire
4 - le kyste est pelé, déposé dans le sac d'extraction et retiré à travers le trocart N°10
5 à la fin de la kystectomie vérifier l'hémostase, la forme de l'ovaire se remplit la suture ovarienne n'est pas nécessaire

B - kystectomie trans pariétale :

- réservée aux kystes bénins volumineux ne pouvant être extrait par trocart N°10
- ponction du kyste en intra péritonéale
- incision pariétale de 2-3 cm sur la ligne pfannenstiel
- un trocart sus pubien ou iliaque servira de guide du kyste vers l'incision
- kystectomie à ciel ouvert

C - Annexectomie :

- le lig lombo-ovarien est saisi avec une pince atraumatique après avoir fenestré le lig large ++ et identifié l'uretère +++
- section - coagulation du pédicule lombo-ovarien
- après la section du lig lombo-ovarien et le péritoine du lig large, l'annexectomie est terminée en sectionnant le pédicule annexiel près de l'utérus.

5 - Torsion d'annexe :

1 - Détorsion d'annexe = geste facile avec une pince atraumatique

2 - évaluation des lésions ischémiques et de la récupération de l'annexe après la levée de l'obstacle vasculaire

3 - Diagnostic et traitement de l'étiologie : prise d'un kyste ....

4 - Technique de la Pexie :

fixation de l'extrémité ovarienne du ligament ovarien à la face post du lig large avec du fil Non résorbable

Cela évite une ischémie trop importante et éviter les adhérences péri-ovariennes.

6 - Endométriose :

deux types de méthodes chirurgicales sont utilisées :

-> Technique de destruction : laser, électrocoagulation

-> Technique d'exérèse.

7 - Salpingectomie pour hydrosalpinx avant PMA :

- L'hydrosalpinx est associé à un tx d'implantation et tx de GEU plus faible
- Technique habituelle uni ou bilatérale
- Il est possible de réaliser une simple ligature tubaire au niveau isthme le + proximal possible à pas de la corne.

8 - Drilling ovarien : OPK

- indication : échec du citrate de clomifène par 6 mois
- Technique : à l'aide de la monopolaire on réalise environ 5-6 perforations dans chaque ovaire de 4 mm de profondeur
- Lavage abondant au SSI

9 - Stérilisation tubaire :

- occlusion par clips ou anneaux
- Destruction tubaire par électro-coagulation

10 - Myomectomie :

- indications : - fibrome intestitiel ou sous muqueux
  - nbre ≤ 3
  - taille ≤ 8 cm
- Technique :
  * hystérotomie : - incision de la séreuse et de la couche superficielle du myomètre à la monopolaire, verticale
    - coagulation des petits vx à la pince bipolaire intramyométriaux transverse permettant de repérer le plan de clivage qui est exsangue.
  * Enucléation : par traction du myome à l'aide d'une pince de Museaux entourant le pédicule
  * hystérorraphie
    → plan sous-muqueux par des points simples (0)
    → ± plan profond musculaire pour les myomes enchâssés dans le myomètre afin de limiter l'espace mort la suture myométriale sous cutanée de plan de clivage est extra muqueuse pour éviter les synéchies
  * Extraction : du myome par colpotomie post ou courant monopolaire à l'aide d'un tampon monté sur une pince longuette intra vaginale

11 - hystérectomie : les étapes sont identiques à celle de la laparotomie sauf que l'exposition est assurée par la sonde utérine

12 - Chirurgie de prolapsus = promonto-fixation.

VI Complications

- incidents : * Blessure vasculaire
  * perforation du fond utérin par l'hystéromètre
  * insufflation sous péritonéale
    → insufflation épiploïque
    * " dans un vaisseau veineux (asthme / gêne)
- cpl : cpl hémorragique, plaie digestive, lésion urologique
- cpl anesthésique : embolie gazeuse, arrêt cardiaque, pneumothorax
- incidents post op : douleur scapulaire due à l'irritation du péritoine diaphragmatique Tto diu : suffisent éliminer une perforation lésion traumatique.

VII Conclusion : le geste chirurgical et la mise en place de la valve doit être stéréotypée une bonne installation facilite l'exposition et améliore la qualité du geste

Hysteroscopie operatoire

Dr. Hadjer Agad

I) introduction :

c'est une intervention chirurgicale permettant de traiter certaines anomalies de la cavité utérine par les voies naturelles à l'aide d'un hystéroscope dans lequel peuvent être introduits des instruments chirurgicaux

II) Materiel :

1- Endoscope : → Système Hsc avec instruments froids non électriques optique : 2,9 chemise 3,5, 4

→ Resecteur : Ø 7,3 mm
- optique : 4mm + angle de goblicquité 12°
- axe de section électrique
- 02 chemises pour irrigat° - aspirat°
- instruments = anses - bille - pointe électrique

2- Source de lumière : lumière froide type Xenon avec puissance 175 W

3- Système d'imagerie : caméra vidéo + système d'enregistrement

4- Système d'irrigation - aspiration

5- unité chirurgicale à haute fréquence unipolaire : résect° par sect° - vaporisat° coagulat°

6- unité chirurgicale à haute fréquence Bipolaire

7- Lasers : argon, Neodymium

8- Milieux de distension :

il est préférable d'utiliser des milieux Non électrolytiques afin d'éviter la propagation non contrôlée du courant électrique

les ⊕ utilisés : → électrolytique : SSI : { non toxique mais conducteur d'électricité, utilisés ds la chirurgie froide et électrique bipolaire (xx)

→ Non électrolytique : { solut° hypertonique 1,5% : Glycocolle ++, Mannitol
peu toxique, Non conducteur Electri
Résorbable par le péritoine
utilisés pour la resect° mono - Bipolaire

III) principes de l'hystéroscopie operatoire :

* Technique : anesthésie loco régionale ++, générale
milieux de distension SSI : chirurgie électrique et Non électrique - Bipolaire
Glycocolle : chirurgie électrique

* position de la patiente : position gynécologique fesses au bord de la table

* moment de l'Hsc : 8-14 ème jr cycle ! car isthme peu résistant, Gsse nulle.

* CI : - Gsse
- infection pelvienne cervico vaginale active
- MTR

IV) Les indications :

1) Endométrectomie

a/ indication : - hyperplasie simple de l'endomètre
- MTR rebelles au trt médical

b/ CI : hyperplasie atypique
Kc de l'endomètre
désir jeune

c/ Technique :
Réséquer la totalité de l'endomètre
en respectant qlq mm au niv de l'isthme
pour éviter les synéchies
Sans arriver au myomètre par éviter synéchie

→ Resect° à l'anse monopolaire :
section - coagulat° des copeaux
pour ex histologique

→ endométrectomie par électrode de coagulat et destruct° par vaporisat°
pas de matériel histologique ⚠

→ coagulat° par Laser YAG

2) Trt des malformations utérines

a/ indications : utérus malformé :
* didelphe
* bicorne
* cloisonné ⚠ urgence, cloison complète / simple

mais les troubles majeurs de reproduct° sont causés par l'utérus cloisonné qui doit être corrigé si il complique
ABRT - Acc prématuré ou en vue d'une PMA

b/ Technique : "Section de la cloison"
- Resect° endoscopique echoguidée
- utilise soit hsc opératoire avec ciseaux
  → Resecteur (courant de resect° 30-40W)
  → Laser
- on commence de bas en haut en s'arrêtant au niv de la ligne reliant les 02 ostia afin de ne pas fragiliser le myomètre

3) Trt des synéchies

sont classées : HSC : Centrale - Marginale
complète - partielle
Histo : endométriale / myométriale
fibreuse

indicat° : toutes les synéchies intra utérines
à l'exception des synéchies totales

préparat° de la patiente : HSG + Hsc dig
préalable pour l'étendue synéchie

Technique : utilisé soit
→ du bord distal de l'Hsc 7mm
→ ciseaux semi rigides
→ Resecteur avec pointe monopolaire
→ Kiroscope
l'objectif : visualiser les 02 ostia et obtenir une cavité ± pure

placer immédiatement un stérilet ou Sonde foley
Mettre la patiente sous trt substitutif initié par la régénérat° endométriale (4mm plus tôt)
Contrôle post op : o3mois Hsc dig (6semaines)
après arrêt de trt oestrogénique ou retrait DIU
Tx de G&S : 40-60%, un cerclage est recommandé si G>2

4) Myomectomie

a/ indications :
1- myome s/muqueux compliqué d'infertilité ou MTR
- Myome type 0 - 1 ou 2
- Taille < 5cm
- mur de sécurité > 05mm

b/ préparation de la patiente : dig préop
Hsc dig + echovaginale explo au doppler + hystérosonographie + biopsie tryst endomètre
Trt aux analogue LHRH 2-3 mois avant pour les myomes > 3cm

c/ Technique :
- utilisat° préférentielle de résecteur de 26 charrière
- dilatat° du col jusqu'à la bougie n°9
- introduct° de resecteur muni de l'anse de section de 90°

→ pour myome type 0-1 : l'anse est décalée myome
resect° d'arrière en avant en empiétant les copeaux de 7mm jusqu'à la base d'implant

→ myome type 2 : → Resect° à l'aide d'une anse
→ Dénucléat° par lame froide (myomectomie)

- en cas de persistance d'une partie résiduelle on peut :
  - → soit reprendre la patiente 03 mois après que le myome ait migré en sous muqueux
  - → soit pratiquer un hydromassage en entrainant une p° endocavitaire associé aux utéro-toniques en IV pour propulser la partie intramurale du myome
- en cas de saignement : coagulat° myométriale
  sonde de Foley 4 à 4 heures

Contrôle post op :

Si persistance d'une portion intramurale => analogue GnRH 2-3 mois en vue d'une 2ème resect°
Hsc de contrôle 2-3 mois après.

⑤ Polypectomie

- Bilan préop :
  * echo endovaginale avec doppler
  * hystérosalpingographie : siège de pédicule, taille
  * Hsc diag : nbre, Volume de caractère
  * pas de tt préopératoire
- Technique : 03 procédés :
  - → polype pédiculé : section du pédicule aux ciseaux semi rigide ou à l'anse qui est placée derrière le pied du pédicule vers l'avant afin de minimiser le risque de perforation
  - → polype sessile : resect° à l'anse électrique en avant en coagulant les différents points hémorragiques
  - → Resect° au Laser Yag

⑥ extraction d'un corps étranger du DIU

- Dg préop : echo qui confirme DIU avec la présence d'un corps étranger
  Rx ASP/ECBU
- Technique :
  ablat° grâce à une pince hystéroscopique

V/ Complications

1- Traumatique : perforation cervicale = mécanique
perforation utérine : par l'électrode du résecteur => délio

2- hémorragique : en cas de résect° de myome sous muqueux
-> sonde de Foley ou aspiratrice

3- cpl dues aux milieux de distension
- accident mécanique par surcharge lente
- accident aigu par résorption brutale suite à une hyperpression majeure intra cavitaire et une perforat° avec poursuite de l'intervent°
- embolie gazeuse
- cpl Toxique liées au glycocolle => le Turp syndrome

4- cpl infectieuse = ATB

5- cpl Metabolique

6- cpl anesthesique

VI/ Conclusion : Hsc repond aux exigences de la chirurgie moderne préservatrice des gestes ambulatoires.

⚠ Turp sd : passe du liquide d'irrigation (glycocolle) ds la circulat° systémique entrainant une hyperhydratat° intra ¢, TRT Neurologique, cardio VX qui sont dus à une hyponat aigue de dilut°

Clinique :
-> Signes Neuro : somnolence, confusion, céphalée, nausées, vomissts, coma [œdème cérébral] TRT urgent : mydriase, acte thérapeutique
-> Signes cardio VX : signes de surcharge volémique, dyspnée, cyanose bradycardie, HTA, OAP, choc cardiogénique, arrêt cardio
-> Signes biologique : hyperhydratat° avec hyponat
ttt ¢, notion ¢

Trt - arrêt de l'intervent°, diurétique IV pour traiter la surcharge volémique
si hyponat modérée > 120 meq/l -> restrict° hydrique
si hyponat sévère < 120 meq/l -> SSH hypertonique + IV

Prévent° - limiter la hauteur des poches d'irrigat° à 60 cm au dessus de la vessie
- resect° en double courant
- limiter la durée de la resect°

Hysterectomie

Dr Hadjer Agad

I) introduction :

HST est une opération qui consiste à enlever l'utérus chez la femme, parfois selon le cas, le col, les ovaires et les trompes peuvent être enlevés,
plus de 90% des HST sont réalisées pour des pathologies bénignes
différents types : en fct du col : → HST subtotale : on conserve le col
→ HST totale : exérèse du col + corps
en fct des annexes : → HST conservatrice : conservat° ovarienne
→ HST Non conservatrice = HST totale + annexectomie
dans le cas gynéco : HST + curage gg + colpectomie
la voie d'abord peut être : abdominale
vaginale
cœlioscopique

II) Rappel d'anatomie chirurgicale :

1- utérus : située au centre du pelvis
faite par corps - isthme - col
→ col : 02 portions : supra vaginale
vaginale
→ cornes utérines : naissent
le lig rond, la trompe, lig utéro ovarien
→ ovaires : maintenus près de l'utérus
par le lig utéro-ovarien

2- péritoine :

- le col + trompes sont tapissés par le péritoine qui se réfléchit en avant sur la vessie au niv du cul-de-sac vésico-utérin et en arrière sur le rectum au niv du cul-de-sac de douglas.
- le péritoine est très adhérent au niv du fond mais plus lâche au niv CDS

3- insertion du vagin sur le col :

dans un plan oblique par l'intermédiaire d'une cuirasse conjonctive épaisse et dense
=> fascia vaginal
ainsi la libération du col peut laisser le fascia sur le vagin = dissection intra fasciale
emportant le fascia = dissection extra fasciale avec le col

4- particularités sur la dissection sous-péritonéale lors de HST :

en avant : espace sous péritonéale entre la vessie et le vagin est facilement clivable entre les parois internes de la vessie où passent les vx vésicaux et les uretères
en arrière :
entre les 02 lig sacrés, le CDS de douglas peut être vivant donnant accès à la face post du vagin
lors de la dissection intra-fasciale, une partie des lig US peut être conservée sur le fascia vaginal
latéralement : la portion supra vaginale du col rejoint au paramètre où se croisent l'uretère et l'art utérine
l'uretère descend au dessus du CDS vaginal en direction de la base vésicale
l'uretère croise en avant et au dessus l'utérine et fait une boucle pour remonter sur le bord de l'utérus
la traction sur l'utérus ↑ la distance entre l'artère et l'uretère ask le croisement se situe à 1cm du dôme vaginal

III) Indications :

A - Hystérectomie par voie haute :

1 - HST dans le cadre de l'urgence

- urgence obstétricale : hgie par inertie utérine, placenta accreta
- lésion infectieuse = gangrène utérine
- lésion traumatique.

2 - HST pour lésion bénigne :

- Fibrome
- adénomyose
- hgie utérine rebelle au tt médical
- infect° sévère avec pyosalpinx bilatéral
- GEU cervical avec échec à l'hanstak
- Tm bénigne de l'ovaire après focus

3 - HST pour lésion maligne

- CIN III
- Epithéliome microinvasif
- Kc du col utérin
- Kc de l'endomètre
- Kc de l'ovaire ou les trompes
- môle trophoblastique persistante après échec à la chimio

4 - HST pour inconfort :

- prolapsus
- Algies pelviennes chroniques

B - Hystérectomie vaginale

Indications

1. prolapsus
2. lésions bénignes
3. Kc in situ du col

Contre-indications

- adhérences séreuses post infectieuses (endométriose)
- Tm ovaire suspecte
- absence de la mobilité de l'utérus
- ATCD de chirurgie pelvienne

C - Hystérectomie par voie coelioscopique

pas de contre indication en dehors des affections malignes et CI anesthésique le principal facteur limitant est l'inexpérience des chirurgiens.

III) Techniques chirurgicales :

1 - préparation de la patiente :

- progestatifs, analogue GnRH si HTR
- corriger l'anémie par fer martial ou transfusion
- préparation psychologique
- curetage biopsique si hyperplasie de l'endomètre pour éliminer un affect° maligne
- instauration de la prémédication

2 - installation de la patiente et de l'équipe chirurgicale :

→ HST abdominale : * P en décubitus dorsal
* opérateur à gauche de la patiente, l'aide en face instrumentiste à droite de l'aide

→ HST vaginale : * P en position gynécologique, bras en abduction fléchies sur le bassin, jambes fléchies, fesses débordant la table
* Sonde urinaire en place
* opérateur assis entre les jambes de la patiente, 1er assistant à gauche, 2ème assistant à dte, instrumentiste à dte
* il ne faut pas oublier d'informer la patiente de la possibilité de passer à la voie haute.

→ HST par coelio : * décubitus dorsal, les fesses au bord de la table bras et jambes écartées légère flexion
* Sonde vésicale
* le chirurgien à gauche, 1er assistant à dte, 2ème assistant entre les jambes de la patiente

3 - Matériel

HST abdominale

- écarteurs : valve de Deschamps
  Farabeuf
  Hartmann
- Bistouris
- Dissecteurs : passe-fil
- porte aiguille : 3
- pinces à disséquer : sans et avec griffes
- ciseaux de Mayo : un droit, un courbe
- pince de traction : Duval, Collin
- pince d'hémostase : Kocher, Jean-Louis-Faure, Jean, Bengolea

HST vaginale

- les valves vaginales
- une aiguille de Deschamps
- 02 pinces à disséquer à griffes 1 sans griffe
- ciseaux de Mayo courbe de 15cm et 17cm, droit 17cm
- Bistouri
- 02 pinces de Pozzi
- 01 pinces de Museux
- un dissecteur
- 02 portes-aiguilles 20cm

HST coeliochirurgicale

- Colonne coeliochirurgie
- instrumentat° :
* ciseaux droit
* 02 pinces à préhension atype pince Pozzi
* pince atraumatique
* pince bipolaire
- un cocher monopolaire
- canule d'aspirat°
- pince à clips de Hulka
- Sac d'extraction

4 - Temps operatoires :

A - Hysterectomie abdominale :

1 - HST totale + annexectomie

1 - incision cutanée : LMSO ou en pfannenstiel

2 - ligature des ligaments ronds : utérus saisi par hystérolabe ou fil vicryl N°1 attiré en arrière et du coté opposé à la ligature puis section par électrocoagulant permettant l'ouverture du péritoine vésico-utérin en avant et le lig large en arrière, le fil du côté pariétal sondé long pour être fixé sur une pince

3 - ouverture du péritoine vésico-utérin et latéro-pelvien :

les espaces vésico-utérin puis vésico vaginal libérés à la partie médiane entre les plicas vésicaux au dessous du col palpé à travers la paroi vaginale, le lambeau péritonéal est suspendu à l'aide d'un fil

4 - ligature des pédicules lombo-ovariens et section du péritoine post. :

après repérage de l'uretère D.

le péritoine pelvien est ouvert puis suivi en dessous de pédicule lombo ovarien → entre 2 pinces + ligature au vicryl section du feuillet post du lig large qui sera pour suivie jusqu'au US dissection du pédicule utérin avec la pointe du ciseau

5 - ligature des pédicules utérins :

faite à 1,5 cm au dessus de l'extrémité interne vaginale du col

1 axe utérin pince TLF qui mandia l'isthme prenant l'e du pédicule avec traction sur l'utérus puis sectionné et lié au vicryl

6 - ligature du para cervix (pédicules cervico-vaginaux) cervicaux

→ dissection intra fasciale : les fascias pelvien et latéro cervical sont ouvert et on disséque vers l'utérin, l'angle du vagin est repéré par un point X et les cervico-vaginales sont sectionnés à ras du vagin

→ dissection extra fasciale : la ligature se fait en prenant les cervico-vaginales dans une pince TLF, on descend le long du vagin sans passer en intra fasciale

7 - section et fermeture vaginale : 02 points d'angle par fil puis surjet médian refermant la tranche vaginale

8 - Drainage et repéritonisation

2 - HST + conservation annexielle

Le principe de la conservation est la préservation du pédicule lymbo-ovarien

L'annexe est saisie par une pince Duval attirée en arrière et en dehors

le lig. utéro ovarien + le bord antéro-inférieur de l'entonnoir sont exposés, on saisit ces éléments + lig rond avec JLF puis on procède à une ligature étagée après section au bistouri électrique.

3 - HST subtotale :

La seule indication est la difficulté technique cela nécessite que la cytologie du col soit normale

- après ligature - section des pédicules utérins, on sectionne l'isthme utérin
- le col suturé par des points séparés

4 - difficultés rencontrées :

L'intervention peut être modifiée en fonction des difficultés liées :

- au **volume utérin**
- à des **adhérences annexielles** massives

B - Hysterectomie vaginale :

I - HST totale vaginale inter annexielle :

- 04 points d'infiltration (xylocaine adrénalinée)

1 - Colpotomie ant = circonscrire la face ant du col

- l'incision au bistouri froid au niv de la jonction entre l'épithélium lisse du col et le revêtement plissé du vagin (au niv de l'insertion vaginale sur le col)
- pince de pozzi ou museux tracte le col vers le bas
- valve à poids ouvre le vagin vers l'arrière

2 - Colpotomie post = circonscrire la face post du col

traction du col vers le haut puis incision au bistouri froid sur la totalité de la paroi vaginale

→ les 02 incisions ant et post se relient par 02 incisures latérales bilatérales et vont dessiner un quadrilatère

3 - Décollement de la muqueuse vaginale en avant :

pour arriver jusqu'au fascia vésico-vaginale, on repousse en bloc vagin et vessie à l'aide d'un décollement tranchant d'une compresse

4 - Décollement de la muqueuse vaginale en post :

le même geste est en arrière, le vagin est refoulé, lig US + cul de sac de Douglas sont repérés

5 - ouverture du cul de sac de douglas entre les lig US :

la valve à poids en place, le col est tiré en haut par la pozzi et facilement on pénètre dans la cavité abdo en ouvrant le péritoine

6 - ouverture facultative du cul de sac vésico-vaginal

on glisse une valve vaginale en avant pour protéger la vessie

7 - ligature des paracervix en monobloc : ligature - section des lig suspenseurs du col = - US - pédicule utérin

le chirurgien est passé entre lig US et le col, il change en une fois les US + le pédicule utérin à ras de l'isthme, ce nœud peut être doublé

une valve placée respectivement à droite puis à gauche

passage d'un fil de fort calibre et on fait un nœud

8 - Section des paracervix :

se fait à au moins 1 cm en avant de la ligature (moignon de sécurité)

(*) - section - ligature de l'artère utérine

9 - Bascule post de l'utérus : si la valve est importante on fait une hémisection sagittale protégée par une valve en avant et en arrière

puis ouverture du cul de sac antérieur

cette manœuvre est quasi exsanguine

10 - hémostase et section des pédicules utéro-annexiels :

l'index est passé entre un pédicule qu'on clampe en bloc puis la pince + lig annel + lig utéro ovarien - sectionnée et liée au fil

l'utérus est libéré de toutes ses attaches

11 - les 04 fils repérés sont ligaturés ou à 02 : en les croisant, un paletot est réalisé

il est nécessaire de fermer la cavité vaginale

12 - Suture de la tranche vaginale : pour un surjet

2) - Difficultés de HST vaginale :

* annexectomie
* utérus de gros volume = hémisection complète, amputation du col pour favoriser la bascule du corps utérin, Myomectomie 1ère
* HST après chirurgie pelvienne et pathologie endométriosique.
* difficulté d'accès au CAS douglas = comblement adhérentiel, étroitesse du vagin
* difficulté d'accès au CAS vésico-utérin = cicatrice de césarienne.

3) - hystérectomie célioscopique :

1 - Bilan abdomino-pelvien : bilan d'un utérus myomateux
bilan d'une masse annexielle
bilan d'une atteinte sd digestif pelvien chirurgical

2 - Coagulation bipolaire puis section des pédicules annexiels : Tempe - lig rond, lig ovarien
si annexectomie est nécessaire : après avoir repéré l'uretère
coagulat° bipolaire - section du lig lombo-ovarien puis lig rond

3 - décollement du cul de sac vésico-utérin

4 - coagulation bipolaire puis section des pédicules utérins et cervico-vaginaux

5 - coagulation bipolaire puis section des LS (utéro-sacrés)

6 - ouverture du vagin = colpotomie avec le crochet monopolaire
fermeture du vagin par ex points d'angle.

7 - temps vaginal = patiente en position gynécologique, cuisses écartées et fléchies
extraction de l'utérus + vérifie l'hémostase

8 - fermeture du vagin

9 - contrôle célioscopique et toilette abdomino-pelvienne

IV) Complications :

A) → liées à l'HST :

1* mortalité - morbidité

2* lésions des organes de voisinages : appareil urinaire, digestif

3* Cpl hémorragique

4* difficultés opératoires : adhérences, gestes utiles, lysie

5* Cpl thrombo-embolique + infectieuse

6* trouble de la statique pelvienne prolapsus

7* Retentissement psychologique et sexuel

B) → liées à la technique - voie basse / voie haute / coelio

Cpl per op :
- hémorragie +++
- plaie vésicale
- plaie rectale
- plaie urétrale
- plaie digestive

Cpl post op :
- lysie post op
- occlusion intestinale
- infectieuse + fièvre
- thrombo-embolique

Lng terme :
- trouble de la statique pelvienne
- Retentissement psychologique et sexuel

V) Conclusion :

HST reste une intervention très fréquente

les cpl ne sont pas rares

les techniques sont bien codifiées, tout gynéco doit savoir les pratiquer

Les prolapsus génitaux

Dr Ayad Hadjer

I) introduction :

- Les prolapsus génitaux sont fréquents et source de gêne fonctionnelle parfois handicapante et sont difficile à traiter
- liée a un trouble de la statique pelvienne et peut aboutir à l'incontinence urinaire ou fécale dans les ptoses majeures

a) - Définition :

Le prolapsus uro-génito-digestif = saillie permanente ou à l'effort à l'orifice vulvaire ou hors de celui ci de toute ou d'une partie des viscères colpocèle : habitée sont : cystocèle / Rectocèle / elytrocèle / hystérocèle

→ on définit 03 degrés par apport a l'orifice vulvaire :

1er : col reste intra vaginal
2me : le col affleure la vulve
3me : le col s'extériorise et déborde la vulve

→ différent segment peuvent être concernés :

* colpocèle ant : prolapsus de la paroi vaginale ant → cystocèle (vessie)
  → urétrocèle (urètre)
* colpocèle post : → Rectocèle (Rectum)
  → elytrocèle (CDS douglas)
  → entérocèle (anses, grêle)

b) - intérêt :

- motif de consultation fréquent
- source de gêne fonctionnelle ± handicapante
- une analyse clinique minutieuse et évaluation parfaite des ≠ troubles sont primordiales pour poser les indications thérapeutiques
- le ttt est soit chirurgical radicale ou conservateur

II) Anatomie - physiologie :

à l'état normal : la vessie, le col utérin sont le haut du vagin, le bas : rectum sont solidaires anatomiquement que fonctionnellement du fait du ≠ système musculo-aponévrotique

III) physiopathologie = FDR

Le prolapsus résulte de la modification voire de la défaillance des contraintes et des structures pelvi-périnéale de sorten

① - **modifications des contraintes** :

* obesité - Grosse : ↑ poids des viscères pelviens
* les modifications vertébrales et musculaires lors de la ménopause

② - **modifications de structures de soutien** :

* **les traumatismes obstétricaux** : altération des lig génitaux, des cloisons des releveurs (élongat° - désinsert°)
  acc dystociques : gros enfant, Forceps
  d'ou : - expression abd est à proscrire
  - l'épisiotomie est systématique cf ne principe
  - une rééducation périnéale et abd dès la post partum est utile
* **Les facteurs hormonaux** : involution post ménopausique
  Trophicité des tissus
* **les facteurs chirurgicaux** : HST ou chirurgie cancérologique du rectum
* **un amaigrissement rapide** important : amyotrophie des m périnéaux
* **incontinence urinaire d'effort** : par défaut de transmission Pression / pression
  IUE est associée dans 40%
  les facteurs étiologiques : → hyperpression abd : effort, Toux, éternuements...
  → contracture réflexe : incontinence par impériosité
  → baisse de la P° urétrale : par insuff sphinctérienne

IV) Etude clinique :

A) signes fonctionnels d'appel : Motif de consultation

1 - **Tcb urinaire** = **incontinence urinaire** / **pollakiurie** / **dysurie**

IUE : Stade I = IU lors d'un effort important
Stade II = effort moyen à modéré : Toux
Stade III = effort faible : marche rapide, descente escalier

3 - **dec pelvi-périnéale** : **pesanteur**

4 - **Sensation de chute d'organe** : hernie vaginale spontanément extériorisée ou à l'effort

5 - **Tcb digestifs** : Ténesme - constipation - incontinence anale : solide / liquide / Gaz

6 - **Tcb sexuel** = dyspareunie

B) interrogatoire :

- ATCD gx de cas similaire : tte du collogène
- ATCD obstétr : poids naissance, FVeps, IU post part
- ATCD Méd : opérabilité
- ATCD chirg : chirurgie de prolapsus, K génital

C) l'examen clinique : → vessie pleine
→ après évacuation vésicale

1- inspection en rép : * cicatrice périnéale
* vulve béante
* Trophicité des tissus

2- à l'effort de poussée = • prolapsus • IU d'effort

* prolapsus : décrochement paroi ant : => colpocèle ant : cystocèle
décrochement paroi post => colpocèle post : [Elytrocèle : douglas
Rectocèle : Rectum
* IU d'effort : émission d'un jet urinaire intempestif à l'effort
* en fct du degré de descente = 1er stade : col intra vaginal
hystérocèle = 2e stade : col affleure l'hiatus vulvaire
3e stade : col extériorisé

3- Examen au spéculum à la valve démontable

1 [*] ex au spc : • paroi vaginale
• col : allongement atrophique du col
allongement hypertrophique du col → hystérométrie +++
• Poussée : mobilité utérine

2 [*] - Manœuvre valve ant : [- refoule cystocèle
- explre la paroi post : élytrocèle - rectocèle

3 [*] - Manœuvre valve post : explre l'étage ant : degré de cystocèle

4 [*] - Manœuvre valve post accrochant le col :
refoule le col en arrière
si cystocèle => altération des fascias inter vésico-vaginale

5 [*] - Manœuvre de Barney et Bethoux

→ Barney : 02 doigts ou 02 champs de part et d'autre du col vésical
pris isolément dans l'encoche abdominale
évalue l'IU, s'il y a compression urétrale d'où dispositif de l'IU → Bon pronostic chirurgical d'IUE

→ Bethoux : on refoule le col à l'aide d'une pince
Et les fuites urinaires disparaissent → médicat°
Tt chirurgical

(*) Test sous urétral : Soutènement de l'urètre

= Manœuvre d'Ulmsten : Passer sous l'urètre à mi-distance entre le méat et col vésical par où doit sortir, si pas de fuite ⊖ ⇒ indication pour bandelette sous urétrale soit rétro-pub ou obturatrice TVT | TOT

④ - TV : apprécie : col : posit - longueur - consistance
utérus : vol - posit° - mobilité
CDS : dlr - empâtement - masse

⑤ état des releveurs : palpation externe puis d'effort de retenue

⑥ TR : Sphincter anal - rectocèle - élytrocèle

⑦ Fuite Ri digital : Nx fibreux du périnée

V) Stadification

A - Classification du prolapsus :

1 - classificat° française :
- Stade I : intra vaginal
- Stade II : affleure la vulve
- Stade III : dépasse la vulve

2 - classification Baden Walker : DD - posit° gyn - manœuvre Valsalva - Repère : hymen

Grade 0 = position Nle
Grade I = mi-chemin : position Nle / hymen intra vaginal
Grade II = au niv hymen affleurant la vulve
Grade III = au delà hymen dépassant l'orifice vulvaire
Grade IV = extériorisation maximale = totalement extériorisé

3 - Score de CHERIR : C = cystocèle — É = Élytrocèle
H = Hystérocèle — R = Rectocèle
I = IUE — R = très rare

chaque élément CHER est coté : 0 : Nle 1 : intra vaginal
2 affleure la vulve, 3 : la dépasse

pour IR = 0 : pas R_0 I_0 — 1 : ⊕ R_1 I_1

Classificat° Baden-Walker

type de prolapsus	intra vaginal haute	intra vaginal basse	vulvaire	extériorisé
cystocèle	C_1	C_2	C_3	C_4
hystérophose	H_1	H_2	H_3	H_4
Rectocèle	R_1	R_2	R_3	R_4
élytrocèle	$É_1$	$É_2$	$É_3$	$É_4$

VI) Explration des prolapsus :

1 - Bilan col : FCV ± colposcopie

2 - explration endocavitaire : si MTR : CxB sns HSC

3 - ECBU systématique : peut causer IU, réévaluer IU après tt

4 - I.U.V = si prolapsus extériorisé : urétro hydronephrose

5 - ex endovésical + cystoscopie : cystoscopie : Tm / polype / calcul
Recidive IU
cytologie : carcinome

6 - ex uro dynamique :

évaluation objective des fct vésico-sphinctérien

indicat° : stade II, III
chirurgie envisagée
discordance

BUT :
- apprécier la qualité sphinctérienne
- la contractilité vésicale
- le degré de transmission des pressions abdominales
- stabilité vésicale, urétrale

4 - IRM : progrès +++
évaluation des tbles de la statique
en 1 seul ex : renseignements multiples urinaire - génital - digestif
séquences dynamiques

8 - Urétro-cystographie rétrograde et mictionnelle :
Remplissage : Rc reflux vésico-urétéral
Miction : Morphologie urètre - dynamique
cystocèle : descente du col vésical

9 - explration d'une incontinence anale :
50% prolapsus sont associés à une IA
interrogatoire, ex clin : étude sphincter
écho endo anale 2D => lésion sphinctérienne
manométrie anorectale
explrat° électromyographie périnéale :
si Neuropathie = évaluer Pc post chir IA

cystoscopie : éliminer Kc vessie ✱ tabac ++
Rectoscopie / coloscopie : si rectorragie, ulcère solitaire du rectum

B - classification de l'I.U

① I.U d'effort = emission d'urine en jet concomitante à l'effort
stade I, II, III
tendance spontanée à l'aggravation en l'absence de traitement
sans pollakiurie, ni dysurie

② I.U par impériosité mictionnelle = Urgenturie
émission d'urine concomitante au besoin d'uriner que la patiente ne peut réprimer • associée à une pollakiurie diurne puis nocturne
• facteur déclenchant =
→ condition de bruit d'eau - émotion - changement de T° ou inopinée sans facteur déclenchant ⇒ handicap social
>>> I.U d'effort
→ hyperactivité du détrusor : PS épine irritative infect° urinaire - calcul - T° vésicale - infect° vaginale affect° neurologique SEP / Parkinson.

③ I.U mixte : IUE + urgenturie

④ I.U par regorgement : rare ‡
émission indépendante de tout effort sans aucun besoin impérieux inopinée du trop plein vésical
se voit : rétention vésicale : * hypoactivité du détrusor
* obstacle sous jacent
* ∫° : chir - hypertrophie vésico-sphinctérienne

⑤ Urination = déclenchement socialement inapproprié d'une miction par paroxysme émotionnel : rigueur sol gestuel

C - dg ≠ I.U :

fistule vésico-vaginale ⇒ fuite permanente d'urines postop - post partum
abouchement ectopique urétéral

VII) Traitement :

* principe :

Décision opératoire pesée avec soin ++
→ gêne fonctionnelle
→ désir Grossesse
→ désir de conserver les rapports sexuels
→ âge - état général de la patiente

* Trt Non chirurgical :

1 - Trt hormonal : oestrogénothérapie = voie vaginale colpotrophine
+ Androgène : Rqt : ↑ trophicité musculaire

2 - Rééducation périnéale : si IUE du post partum ⇒ Renforcer la musculature
Gymnastique - Kiné - électrostimulat° musculature

3 - Contention par pessaire : anneau en caoutchouc placé sur la face post de la symphyse pubienne et encastré dans
indicat° : grade 2 - 3, cas inopérable en fin de vie
cpl : ulcération - infect° vaginale à répétit°

* Trt chirurgical :

1 - objectif : Restaurer l'anatomie et la fonction statique pelvienne
Suspendre le tractus génital vers le haut et vers l'avant
Réintégrer la jonction uréthro-vésicale

2 - La voie périnéo-vaginale : 03 tps :
ant : colporraphie après refoulement de la vessie
Hog : amputation du col avec ou sans suture Douglas
post : Myorraphie des releveurs de l'anus

3 La voie abd : Suspendre les organes = hystéropexie postérieure = Montgomery
colpopexie rétro pubienne type Burch

4 le choix de la voie d'abord :
dépend des conditions générales et locales
voie abd : ♀ jeune / résultat durable
voie périnéale : ♀ ménopausée - haut risque op, obèse

[5] - Stratégie opératoire :

prolapsus complet : ttt ostéo

prolapsus partiel : suspension d'un des étages → Recidive

[6] conservation utérine :

voie haute : HST Nb totale Si

♀ jeune : conservation utérine

CC : la physiologie de la statique pelvienne est essentielle à connaître préalable indispensable à la compréhension de la physiopathologie très complexe du prolapsus ainsi que utile cpl l'interrogatoire et l'ex clinique sont essentiels apprécient le dg et le choix thérapeutique, apprécier le retentissement sur la qualité de vie

Chirurgie de prolapsus

Dr Hadjer Ayad

I) introduction :

les prolapsus sont dus à un désordre fonctionnel et ou anatomique secondaire à une défaillance des systèmes de soutien et d'amarrage des organes pelviens
les troubles sont souvent associés à des tbs fct : incontinence urinaire d'effort 19% et incontinence anale 7% donc le traitement doit intéresser les 03 étages uro-génito-digestif.

II) interet de la question :

- pathologie fréquente : 30% pour une espérance de vie de 80 ans
  30% de Tx de reprise d'où l'interet de la bonne qualité de chirurgie initiale
- Tbs fonctionnels : interet de la rééducation périnéale
- la chirurgie peut être abordée soit par
  → voie vaginale : privilégiée chez la femme
  → voie abd : laparotomie - coelioscopie
- Tt global : 03 étages

III) But de traitement du prolapsus :

- corriger la déformation anatomique en remettant l'organe prolabé
- eviter d'autres déformations anatomiques par correction des autres étages
- Rétablissent les incontinences pour permettre une meilleure qualité de vie
- Rétablissement des moyens de suspension.

IV) Considération anatomique : plancher pelvien se ÷ en 03

Niveau 1 = étage moyen génital = insertion des US et isthme utérin = Hystérocèle
étage post dig = Rectocèle haute / entérocèle
colpoptose si ATCD HST

Niveau 2 = étage antérieur = vagin - vessie = cystocèle
étage postérieur = vagin - Rectum = Rectocèle

Niveau 3 = étage urinaire en avant : seg vaginal sous urétral
étage digestif en arrière N/x fibreux du périnée = cap anal

IV) Armes thérapeutiques

1) étage Antérieur = urinaire : 02 niveaux

→ Niveau 3 = atteinte de la région sous urétrale ⇒ incontinence urinaire d'effort

Réparation : Mise en place d'un soutènement sans urétral sans tension : rétro pubien ⇒ TVT
trans obturateur ⇒ TOT

→ Niveau 2 = origine d'une cystocèle

[* cystocèle latérale : désinsertion du fascia inter vésico-vaginal (Stiès
* cystocèle médiane : dégradation conjonctif

voie abd : Mise en place d'une prothèse inter vésico-vaginale fixée au promontoire

voie vaginale : ⇗ cystocèle latérale :
⇘ cystocèle médiane

- Dissection de la cystocèle et ouverture des fosses paravésicales

Tech (1) = plicature du fascia d'Halban (cystocèle modérée)
le fascia est repéré au niveau que la région lors de la colpotomie
ant
séparation du fascia d'Halban de la muqueuse vaginale en
02 lambeaux latéraux qui sont suturés en postop pour
soutenir la vessie

Tech (2) = Suspension para vaginale aux Arcs tendineux du fascia pelvien :
⇒ Grande cystocèle avec effondrement de la paroi vaginale latérale

- dissection de la paroi vaginale
- ouverture des fosses para vésicales
- valve intra abdominale refoule la vessie
- dissection au doigt des arcs tendineux
- 03 points au fil non résorbable : { en avant épine ischiatique, 1 en arrière, 1 entre les deux
- chaque fil est aiguillé dans la paroi vaginale

Tech (3) : plastron = cystocèle majeure
nécessite une excision de tissu vaginal permettant de laisser un lambeau de vagin qui adhère à la vessie

Tech (4) : intervention de Campbell :
urétrosement des US sans la symphyse pubienne
nécessite une colpotomie vaginale avec des fils US de bonne qualité pour être fixé à la symphyse pubienne
inconvénients : réduction du ∅ vaginal

Tech (5) cure de cystocèle par prothèse TOT : interposition d'une prothèse dans l'espace vésico-vaginal à l'aide d'un matériel en polypropylène posé ou fixé à l'arc tendineux

2 - etage Moyen = correspond au niveau I

→ Voie abdominale : promontofixation de l'isthme ou du col

- Mise en place de 02 prothèse ⇨ une inter vesico-vaginale
  ⇨ l'autre inter recto-vaginale
- une HST sub totale peut être réalisée

→ Laparoscopie ←

Def : Technique chirurgicale qui permet de Replacer le cap vaginal dans l'axe S_1-L_5 par double promontopexie

- courbe d'apprentissage prolongée • Maitrise Anesthesie pour colio oblongues
- c'est la mise en place de 02 prothèse de l'espace recto-vaginale et vesico-vaginal puis amarrage de celles-ci au promontoire.

Technique : patiente en position gynécologique - cuisse modérement écartées et surelevées , manipulateur utérin fixé au col

* Voie d'abord : ombilical 12 mm : explrat°, instruments, passage suture
  Voie sus ombilicale 10mm (4-6 cm au dessus de l'ombilic)
  02 voies sus-iliaque
* operateurs : un operateur, un assistant pour la camera, Aide pour hystérophore
* instruments : camera Numerique, coag bipolaire - Mono-ciseaux
* prothèse PET / PP / Gynemesh gynecare
* suture : fil non resorbable Ticron N°10
* Les temps operatoires :

Tps 1 = Exploration - Refoulement du sigmoide vers la gauche afin de degager le promontoire et la fosse para rectale dte
optim: suture du méso-sigmoide à la paroi abd gauche

Tps 2 = Fixation sur le promontoire :

- traction sur le peritoine du promontoire
- ouverture après verification : veine iliaque primitive gauche et pédicule sacré
- aiguillage du lig Prévertebral : point simple au fil Ticron laissé en attente dans la gouttière pariéto-urétique dte

Tps 3 = Fosse para rectale droite :
Dissection - tunnelisation jusqu'à sous l'US droit où le peritoine sera incisé et ouvert vers Pars flaccida et le douglas

Tps 4 = Pars Flaccida = incision du peritoine en dessus et en dehors l'artère

TPS 5 = Dissection rétro-vaginale :

poursuite de l'ouverture du péritoine transversalement repérant la face paa rectale gauche puis
effondrement de l'espace retro-vaginal de chaque coté
dissection médiane jusqu'a la jonction ano-rectale

TPS 6 = Dissection vesico-vaginale

TPS 7 = Fixation de la prothèse post :

les pieds de la prothèse pris sur le plancher élévateur fixés par fil Tiam 0
02 points de chaque coté de la jonction ano-rectale sur la face post du vagin
puis suture sur la partie haute du plancher élévateur puis sur US

TPS 8 = Fixation de la prothèse Ant =

sur le vagin rétro vésical : 1 point median pour stabiliser la prothèse
02 points latéraux, 02 sur les parois vaginales

TPS 9 = Passage de la Pars flaccida =

TPS 10 = Repéritonisation : fermeture Bourse 2-0 de l'incision péritonéale ant
péritonisat° post un peu difficile

TPS 11 = Réglage de la suspension :
traction modérée et adaptée de chaque prothèse : post d'abord
puis ant - fixat°/transfixion de la prothèse au moyen de l'aiguillage du promontoire.

⚠ = promontofixation : technique de référence
→ Laparotomie : a montré son efficacité de taux prolapsus grace à l'utilisa° de prothèse Non résorbable, résultats durables avec tx 40 LB

→ Voie vaginale :

Sacrospinofixation vaginale = Richter

* Technique de reference dans le tct vaginal du prolapsus necessite une maitrise de la voie basse, resultat a long terme interessant consiste à une HST + fixation du dôme vaginale à l'aide des US au lig sacro épineux de façon uni ou bilatérale

* indications :
  1. prolapsus du dôme vaginal post - HST
  2. Elytrocèle isolé ou associée à une rectocèle
  3. Hysterocèle sévère : evasion, defect complet du systeme suspenseur
  4. Colpocèle post : rarement isolée

* Technique proposant ailleurs :

1- Colpotomie post longitudinale médiane jusqu'a 03 cm de la fourchette vulvaire, 1 cm du méat urinaire

2- abnd du lig sacro-épineux : après ouverture de la fosse ischio-rectale et décollement du vagin et le rectum

3- aiguillage du lig sacro épineux au fil non résorbable on utilise 02 fils et les 02 points sont alignés le + loin possible de l'epine sciatique et le + près de la ligne médiane

4- aiguillage du vagin en profondeur sans transfixion

5- la confection d'une bandelette vaginale (crepin) est un procedé qui offre un appui vaginal plus resistant

6- suture de la paroi vaginale par un surjet avec fil résorbable

7- lorsque la suture arrive au 1/3 moyen de la paroi vaginale la mise en tension des points de sacrospinofixation peut se faire

8- Hyorraphie - périnéorraphie :
   aiguillage des releveurs par fil resorbable (2-3)
   poursuite de la suture superficielle
   périnéorraphie : rapprochement conjonctivo musculaire corrige la béance vulvaire.

* Complications :

- plaie rectale : mauvais plans de dissection
- plaie du pédicule vx hauteur
- plaie du pédicule entraine hyp difficile à suturer
- plaie vésicale, urètre

Cpl post op : hématome : algies pelviennes + fièvre + saignt
abcès = surinfection de l'hématome
→ nécessite une évacuat° chirurgicale
Névralgie génitale - sciatique - pudendale

31 - étage post digestif -

Insiste une réparation des corps fibreux du périnée avec urographie basse des uretères de l'anus

→ voie abd : Lap - hopé : étage sup et urgent
portière inter recto vaginale fixée en postérieur

→ voie vaginale : électrocèle : Dissection
partie sup : rapprochement des US du cancrage au sacro épin
partie urgent : Renforcer du fascia inter recto vaginal
partie inf : ne peut se faire que par voie vaginale
réparat° des vx fibreux du périnée : urographie basse des uretères de l'anus

⚠ voie vaginale : Tt conservateur ♀ jeune

→ Richter Archambeau : suspension + conservation de l'utérus, suspension de l'utérus au lig sacro épin gauche et choix par l'habileté de ce fils un crémaillère. = Sacrospinofixation de l'isthme

→ Manchester : conservation de l'utérus + amputation du col
mise en tension des US croisés et suspendus à la face ant de l'isthme utérin.

→ Chirodkar = fixation des US à la face ant de l'isth.

VI) indications respectives des ≠ techniques

en faveur de la voie abdominale

- femme < 50 ans
- hystéroptose prédominante
- récidive après voie basse prothétique
- pathologie annexielle associée
- prolapsus rectal intra anal associé
- douleur pelvi périnéale chronique

en faveur de la voie vaginale

- âge : 60 - 70 ans
- cystocèle prédominante
- récidive après promontofixation
- obésité sur bride
- ATCD de chirurgie abd
- CI à l'AG : cardiopathie
- dysplasie sévère du col associée

VII) conclusion :

La chirurgie du prolapsus est en plein bouleversement développement des Techniques de renfort prothétique qui tentent de palier au risque de récidive

Le tt est essentiellement chirurgical :

voie abd : promontofixation réalisée actuellement dans 80% des cas

voie vaginale : chirurgie opératoire T. colis : reprise de l'ancienne cicatrice

prolapsus

1 - étage antérieur

a - incontinence urinaire d'effort ⟹ Mise en place d'un soutènement sous urétral sans tension = TVT = rétropubien
TOT = transobturateur

b - cystocèle = latérale =
Médiane =

→ Voie abdominale : mise en place d'une prothèse inter vésico-vaginale fixée au promontoire

→ Voie vaginale =

① - plicature du fascia d'Halban (cystocèle modérée)
Séparation du fascia d'Halban de la muqueuse vaginale en 02 lambeaux latéraux qui sont suturés en palliot pour soutenir la vessie

② - suspension para vaginale aux arc. tendineux du fascia pelvien
(cystocèle grande avec effacement de la paroi vaginale latérale)

③ - plastron : cystocèle majeure : nécessite un excès tissu vaginal en lambeau du vagin qui adhère la vessie

④ - intervention de Campbell =
Croisement des US sous la symphyse pubienne

⑤ - cure de cystocèle par prothèse TOT

2 - étage Moyen + postérieur

Voie abdominale = promontofixation = technique de référence

* Mise en place de 02 prothèse 1- inter vésico-vaginale
2 - inter recto vaginale
* HST sus totale peut être réalisée

Technique =
* incision pfannenstiel
* exposition du lig vésical ant au niv promontoire
* dissection inter vésico vaginale
* " recto vaginale
* fixation de la prothèse en avant sur le vagin sur les muscles élévateurs et lig US en arrière
* Repéritonisation

⚠ : fixation de la prothèse = Ant = à l'isthme + para vaginale
post = aux 1/3 inférieurs si rectocèle et la para rectale si isolée ou rectal combiné

Voie laparoscopique = promontofixation = Sacrocolpopexie avec prothèse

technique de suspension latéral laparoscopique

indiquée chez ♀ souhaitant activité en raison du risque recidive dyspareunie
tx faible de cpl

Voie vaginale (étage moyen) = Sacrospinofixation vaginale = Richter

HST + fixation du dôme vaginale à l'aide des LS ou lig sacro épineux de façon uni- bilatérale

indicat° : 1 - prolapsus du dôme vaginal post HST
2 - cystocèle isolée ou associée rectocèle
3 - hystérocèle sévère
4 - colpocèle post

3) Etage post chir = voie abd = prothèse inter recto-vaginale fixée au promontoire
voie vaginale = cystocèle = hystérectomie

♀ jeune : voie vaginale (allongement hypertrophique du col)

* Manchester : conservation de l'utérus + amputation du col
les LS croisés et suspendus à la face ant isthme

* Chirodkar : fixat° des LS à la face ant du bistouri

♀ âgée = activité sexuelle ☺ → intervent° de Richter (ou colpocléisis avec HST)

indication

voie abdominale	voie vaginale
① - ♀ jeune < 70 ans	1 - âge = 60-70 ans
② - hystérectomie préalable	2 - cystocèle préalable
③ - Récidive après VB prothétique	3 - récidive après promontofixat°
④ - pathologie annexielle	4 - obésité morbide
⑤ - prolapsus rectal intra anal	5 - ATCD de chirurgie abd
⑥ - dec péri-périnéale étendue	6 - dysplasie sévère du col
	7 - CI AG

→ ♀ âgée + comorbidité
→ reste privilégié du fait RA avec suite post op simple et séjour court

promontofixat° versus / Laparotomie

- durée opératoire est + élevée que la laparotomie
- durée ↓ courte
- tx de cpl = que la laparot-ie
- convalescence plus rapide
- reprise d'activité plus rapide
- mais il faut maîtriser les sutures endoscopiques

6

Traitement chirurgical de la GEU

Dr Hadjer Ayad

I) introduction :

* la GEU est une urgence gynécologique par excellence de part son incidence, 1ère cause de DCE maternel
* son diagnostic est amélioré par les progrès de la biologie et de l'imagerie
* Actuellement la coelioscopie représente le "Gold stan" du trt de GEU
* le trt peut être radical salpingectomie, conservateur = salpingotomie

II) intérêt de la question :

↝ c'est une urgence chirurgicale en obstétrique pouvant mettre en jeu le pc vital
↝ 90% des GEU nécessite un trt chirurgical
↝ le dg repose sur * l'évaluation des facteurs de risque
* Tripied : clinique, Biologie, échographie
↝ la forme la + fréquente est la localisation tubaire
↝ la PEC varie en fonction de la clinique et des conditions locales, partie dst de l'abstention thérapeutique au trt chirurgical

III) indications du trt chirurgical :

• Le choix d'un trt médical ou chirurgical se base sur un Faisceau d'argument à la fois = cliniques, biologiques et échographiques (Score Fernandez)

• En pratique l'indication du trt chirurgical est retenue d'emblée devant :

1- Tableau évocateur de GEU rompue (hémopéritoine)
2- risque important de rupture
3- après échec de trt médical
4- CI au trt médical :
* thrombopénie < 100x10³
* leucopénie < 1500
* cytolyse > 2x N
* patiente non coopérante
* CI au méthotrexate

* GEU hétérotopique
* GEU + ACG image LU > 3-4cm
* GEU sur rompue malade réticente plaine voire

IV) Coelioscopie ou Laparotomie

* La coelioscopie s'est imposé comme une technique de référence vu ses avantages :

1- perte sanguine plus faible
2- moins d'adhérences
3- moins de douleur post op
4- un séjour hospitalier court
5- coût plus faible
6- bénéfice esthétique

⚠ mais la persistance du trophoblaste est + fréquente
Pas de CI absolue est l'inexpérience du chirurgien en laparoscopie ⚠⚠⚠

* La laparotomie est préférée devant les CI au TRT coelioscopique :

1- hémopéritoine massif ⊗ état hémodynamique instable
2- GEV intestinale et Greffe hématogène extopiée
3- adhérences ⊗ abdomen chirurgical
4- Certaines localisat° de GEV : ovarienne, abd, intestinale
5- obésité importante

→ l'incision de pfannenstiel est habituelle

- si instabilité hémodynamique
- ✓ existance d'une LMSO ancienne
- ✓ obésité importante
- ✓ GEV rompue

→ LMSO est indiquée

VI) Le choix de la technique du TRT coelioscopique :

Traitement conservateur (Salpingotomie)	Traitement radical (Salpingectomie)
1* La trompe atteinte n'est pas atteinte	1* La trompe controlatérale saine
2* La trompe controlatérale : aspect fct défavorable	2* pas de désir de Grossesse
3* patiente est une paucigeste < 40 ans	
4* GEV intestinale	

⚠⚠⚠ donc le choix de la technique repose sur :

1- état de la trompe ⊗ siège de la GEV
2- état de la trompe controlatérale
3- Desir de Grossesse de la patiente
4- on peut s'aider du score de **Pavy** !!!

VII) Préparation du site operatoire :

* → pose de 03 voies operatoires en sus-pubien :
* 1 trocard de 05 mm du côté de la GEV pour introduire la pince atraumatique qui va maintenir la GEV
* 1 trocard à 10mm avec réducteur de 5mm permettant l'introduct° de la canule de lavage,
* et 1 autre 05 mm du côté opposé de la GEV pour l'introduct° du ciseau, pince bipolaire pour abord ⊗ face de mésosalpinx et autre mésial.

* Refoulement des anses intestinales par une pince atraumatique en dessus du détroit sup
* Evacuation de l'hémopéritoine par aspiration et lavage au serum chaud

VII Exploration pelvienne

1* Confirmer le Dg positif dans les GEU "ovarienne", GEU "tiefes topique"

2* Déterminer le côté et le siège de la GEU

3* Quantifier l'hémopéritoine.

4* Recherche une cause favorisante : séquelles adhérentielles, endométriose ....

5* Évaluer la qualité de la trompe controlatérale

6* Repérer une GEU de petite taille peu visible mais palpable : indurat° tubaire

7* En l'absence de lésion tubaire, il faut penser aux GEU ovarienne, abdominale qui peut siéger dans le mésentère ou l'épiploon ⚠⚠

8* Il faut aussi penser si la cœliosopie faite trop tôt et que la GEU n'est pas encore visible, une surveillance étroite clinique, biologique, échographique

9* Il faut opter pour une laparotomie de conversion si :
- GEU intertubaire
- de gros volume 6-8 cm
- hématocèle enkystée

10* Aspect de GEU :

dans sa localisation la + fréquente au niv ampullaire, apparait sous forme d'une trompe tendue par le tropholoblaste et l'épanchement sanguin intratubaire = hématosalpinx, violacé, pouvant être fissuré voir rompue et associé au hémopéritoine de volume variable.

VIII Temps opératoires selon la technique choisie

A- Traitement conservateur

1- Salpingotomie ou césarienne tubaire

→ la partie proximale du bord antémésérial de la GEU doit être exposée vers l'avant maintenue par une pince atraumatique

→ les temps opératoires successifs sont :

① • incision de la trompe :
- incision sur au moins 1 cm de la partie proximale de l'hématosalpinx en dehors de la GEU
- incision doit concerner toute l'épaisseur de la paroi tubaire faite par la monopolaire
- doit être réalisée sur le bord antémésérial dans l'axe de la trompe
- en cas de saignement provenant d'une évacuation de l'hématosalpinx avant que la salpingotomie soit complète la simple introduction du ciseau fermé dans l'axe de la salpingotomie et ouverture de ce dernier permet un élargissement suffisant

② • **hydrosection + aspiration** :

- introduction de la **canule de lavage** dans l'ostie créé permet d'effectuer un lavage abondant au sérum physiologique et de **décoller** la GEV et l'hématosalpinx de la paroi tubaire
- l'extraction de la GEV en maintenant l'**aspiration en continu**, on effectue des MVT de rotation qui vont progressivement décoller la GEV, on retire ensuite la canule d'aspiration, lavage de la trompe et la GEV doit suivre => hydrosection
- la GEV aspirée, il ne faut pas relacher l'aspiration pour ne pas perdre le trophoblaste dans le pelvis mais le retirer avec la canule atraumatique et le trocard
- il faut éviter d'aspirer de manière intempestive et prolongée risque de léser la trompe voir le mesosalpinx

③ • **hémostase** :

- inspection de la trompe après lavage abondant
- la persistance du saignement signe = l'**exérèse incomplète du trophoblaste** ds
  → reprendre la 1ère manoeuvre **lavage - aspiration**
- il n'est pas recommandé d'extraire le reste des fragments à l'aide d'une pince car est très traumatique

2- Autres techniques conservatrices =

→ [a] Expression tubaire transpavillonnaire (= Milking)

- Son indication se limite à la **GEU pavillonnaire** en cas ABRT tubo-abdominal
- risque de persistance de **débris trophoblastique** et de **saignement**
- **expression digitale du trophoblaste**

→ [b] - Resection tubaire segmentaire -

- Rarement indiquée
- proposer pour les **localisations isthmiques** (**médio-tubaire**)
- doit être **économique** sur le plan **tubaire** et **vasculaire** permettant une **anastomose microchirurgicale** soit **immédiatement** ou ultérieurement

→ [c] - Traitement médical sans contrôle coelioscopique -

injection in situ de **méthotrexate** sous contrôle coelioscopique en cas :

* Tt chirurgical difficile : adhérence massive
* localisation interstitielle
* localisation ovarienne

→ [d] - Simple aspiration d'un ABRT tubo abdominal en cours

3- Surveillance après traitement conservateur :

La complication la plus fréquente reste l'échec objectivé par le dosage de βHCG à J2 : Tx résiduel ⩽ 12,5% du Tx initial signe la guérison sinon c'est l'échec, un taux d'échec > 35% ⇒ recours à un trt Médical Methotrexate 1mg/kg

pour Fernandez a trt médical prophylactique complémentaire peut se justifier d'emblée en cas trt Coelio conservateur si Taux βHCG > 10000 UI

B- Traitement Radical :

1- Salpingectomie par Coelioscopique :

* indications :

① Score thérapeutique de Pouly ⩾ 5

1 * ATCD de GEU [2]
2 * pour chaque GEU supplémentaire 1
3 * ATCD adhésiolyse par coelioscopie 1
4 * ATCD micro chirurgie [2]
5 * Trompe unique [2]
6 * ATCD salpingite 1
7 * Adhérence tuboovarienne 1
8 * Adhérence controlatérale 1

Score ⩽ 3 → trt conservateur
Score ⩾ 5 → trt radical

② volumineux hémosalpinx de plus 6 cm
③ Rupture et altération tubaire franche
④ récidive de GEU et ATCD de chirurgie tubaire tuboovarienne
⑤ Saignement incontrôlable Spontanée ou lors d'une tentative de trt conservateur

* Salpingectomie rétrograde :

* l'exposition est obtenue par l'antéversion de l'utérus élevé du côté opposé
* la dissection est conduite de la corne utérine vers le lig tubo ovarien
* une pince saisit la trompe à environ 1,5 cm de la corne
* Trompe d'abord sectionnée après coagulation à la pince bipolaire au plus près corne
* puis section du mésosalpinx est conduite en restant tjr au contact de la trompe

* la trompe est saisie de proche en proche et on vérifie que la salping s'effectue à distance de l'ovaire et l'utérus

- il est important de précéder chaque section au ciseau par une coagulation préventive soigneuse à la pince bipolaire.

* il ne faut pas couper que les tissus blanchis par la coag°

* la section d'un vaisseau du mésosalpinx non coagulé pose un problème d'hémostase secondaire par efficacité moindre de la pince bipolaire sur un saignement actif voir coagulat° à l'aveugle sur un mésosalpinx infiltré par le saignement.

* ceci est particulièrement important à la "partie distale" au niveau du lig tubo-ovarien en raison de la proximité du lig lombo-ovarien et de l'uretère et de la vascularisation ovarienne.

* Salpingectomie antérograde :

la technique est la même mais en commençant l'intervention par le lig infundibulo-ovarien.

* extraction du Matériel :

→ Trompe : se fait par trocard N°10

→ Trophoblaste seul : la manœuvre la + simple est l'aspiration directe dans la trompe à l'aide du canule d'aspiration lavage

* Vérification de l'hémostase :

canule lavage - aspiration introduite dans trocard N°5

la prévention des adhérences repose sur une toilette systématique des cavités et de la fibrine

2 - Annexectomie :

indication exceptionnelle ne devrait plus se voir

- dans la GEV ovarienne et privilégié la "résection partielle"
- des cas de GEV tubaire survenant sur des annexes adhérentielles, chez l'ATCD radical est justifié car il s'avère très difficile d'isoler la trompe de l'ovaire sans endommager l'ovaire et sa vascularisation, dans ce cas :

Il est préférable de réaliser un trt cytotoxique + négatif de la partie intrinsèque trompe pr éviter les récidives de la GEV.

* Gestes Complementaires :

1 - Toilette péritonéale :

Lavage abondant au SSI de la cavité péritonéale doit être effectué aspiration des caillots source de foyer péritonéale

2- fermeture de paroi et de l'aponevrose :

par tous les orifices de trocard > 10mm afin de prevenir les hernies fonctionnelles dont le risque est estimé à 1 %

IX) Difficultés operatoires rencontrées et les resultats :

1) Laparotomie d'emblée :

- dans 15% cas pour :
  - * tableau franc d'hémopéritoine avec décompensation hémodynamique
  - * adhérences peu nombreuses étanches avec saignement non jugulé :
    - soit hematocèle enkystée
    - soit GEU interstitielle.

2) Laparotomie de conversion : soit pour :

- * difficulté technique
- * complication dans le 1er tps operatoire

X) les Complications :

1- plaie vésicale à l'introduction du Trocard sus pubien sur cicatrice ombilicale antérieure devant une pneumaturie dans la poche de drainage vésicale → suturée par laparotomie

2- hématome de RETZIUS

3- hématosalpinx tardif pouvant aboutir une salpingectomie secondaire par laparo

4- hémorragie utérine importante à l'expulsion de la caduque pouvant engendrer une anémie sévère → transfusion voire parfois curetage.

XI) Prévention :

par le respect des contres indications à la coelio

1 - collapsus
2 - hémopéritoine > 1500 ml
3 - GEU > 6cm
4 - GEU interstitielle.

GEU Non tubaire :

① **interstitielle** = angulaire / **cornuale** 2-4 %

- se développe à l'origine **intramyométriale** de la trompe
- rupture hémorragique associée aux **ATCD** ↑ → risque ↑
- Trt → **Résection cornuale**
  Salpingotomie : risque de rupture utérine si GEU ultérieure → intérêt césa +++
  trt médical à discuter

② **GEU abdominale** : (1 %)

- implantation dans la cavité péritonéale
- Découverte tardive !!!
- trt par **Gélio** si pas de risque hémorragique
  parfois le placenta est difficile à décoller

③ **GEU ovarienne** :

- Symptomatique comme les tubaires
- Dc se fait par le **doppler** mais RTH en **per op**
- trt **médical** si pas de **Hémopéritoine**
- si trt chirurgical : ovariectomie partielle tant que possible +++

④ **GEU cervicale** : 0,1 % - 0,2 %

- FDR = ATCD curetage
  Césarienne + chirurgie cervicale
  Synéchie utérine + PMA
- très hémorragique → **HST** △△
- Dc ⊖ écho endovaginale.
- Trt : aspiration, curetage, cerclage, ligature des hypogastriques
  embolisation sélective

Conclusion :

La GEU est une urgence gynécologique par excellence.

Sa PEC adéquate nécessite :

- Dc certain avec un **choix du trt adapté** à chaque patiente
- une **technique rigoureuse** avec contrôle de l'hémostase
- une **surveillance post opératoire** du Taux βHCG.

Myomectomie

Dr Hadjer Ayad

I) introduction :

* c'est l'ablation chirurgicale d'un fibrome utérin
* Fréquent : 20% → ♀ >30 ans
  40% → ♀ 750 ans
* 20-50% sont symptomatiques justifiant un traitement

II) indications :

→ Les fibromes à opérer sont ceux qui se compliquent de

1* d'hémorragies
2* Nécrobiose
3* ↑ de volume
4* gêne à la reproduction (fausse couche, infertilité)

→ indications de Myomectomie / hystérectomie :

① fibrome unique qui entraine une : hgie, compression, chez une ♀ désirant des enfants

② - stérilité ou ABRT à répétition soit par compression d'une trompe soit par déformation de cavité utérine : gêne à l'implantation → ABRT tardif
gêne au développt de l'œuf

③ - Gros fibrome > 6-8cm chez ♀ jeune désirant des enfants

④ - suspicion de Malignité ≈ 1% cas.

III) Voies d'abord :

1- Laparotomie : ↑ volume > 10 cm

2- hystéroscopie : Fibrome sous muqueux < 3cm, pédiculé

3- Coelioscopique : fibrome sous séreux, intertitiel < 10cm

4- vaginale : nbre < 3 ∅ < 10cm, Topographie accessible

IV) Préparation de la patiente : + bilan préopératoire :

1- Echographie : bilan des fibromes, nbre, topographie, taille

2- HSG + hystérosalpingographie si muqueux +++

3- IRM : si suspicion d'adénomyose ou fibrome sous séreux en nécrobiose (dgt pathologie associée)

4- prescription des analogues GnRH si hémorragie importante pour ↓ volume mais plan de difficile à réaliser

5- commande du sang par éventuelle autotransfusion

6- prophylaxie en début du geste ⚠⚠ (1ère phase)

7- bas de contention N°2

8. explique à la patiente les risques et la pc opératoire

V) Materiels :

* Boite d'hystérectomie
* un champ de Bonney + Garrot élastique pour prévenir l'hémorragie
* perfusion de syntocinon mis dans flacon SG 5%

VI) Technique : type de Myomectomie par voie abdominale

A) choix d'incision :

1* patiente en décubitus dorsal, sondage vésical

2* examen sous AG pour déterminer le choix d'incision : pelvimétrie +++

3* voie inférieure si :
- cicatrice LMSo ancienne
- fibrome sous volumineux
- intervention difficile & adhérences
- obésité

4* Badigeonnage bétadiné + Mise en place des champs

B) exposition :

* abdomen ouvert → bilan de lésions
* 2 fils sont passés dans la partie moyenne du ligament rond et laissés sur une pince de Kocher pour permettre la mobilisation de l'utérus
* apprécier le nbre, la localisation, la taille du myome en inspectant l'aspect à votre avant à l'aide échographique, hystéroscopique
* on décidera de la meilleure approche pour réaliser la myomectomie

C) - Myomectomie +++

1) Fibrome sous séreux

* S/séreux pédiculé

: plus facile à enlever

: incision du péritoine et du pédicule (1 à 2 cm) au dessus de l'utérus pour favoriser la péritonisation après hémostase du pédicule

* S/séreux sessile

1) * incision médiane sagittale sur le dôme saillant du fibrome
2) * saisir le myome par pince de Pozzi ou fils tracteur
3) * avec la pointe du ciseau, on clive le péritoine sous le myome et la pseudo capsule du myomètre
4) * hémostase par suture en un seul temps séromusculaire
5) * Repéritonisation.

2) - Fibrome interstitiel = intra mural (dans le myomètre)

1 - incision sagittale de l'utérus sur une zone avasculaire au bistouri froid jusqu'au fibrome : fibres plus blanches encerclantes.

2 - trouver un plan de clivage entre myomètre et le myome qu'on soit par les ciseaux jusqu'à mise à nu du fibrome.

3 - Mise en place de fils tracteurs

4 - Tirer sur le fil de la main gauche et avec la pointe du ciseau on clive le myome qui s'énucléé assez facilement du myomètre

5 - vx musculaires se tendent et sont pincés avec des pinces de Decide avant d'être sectionnés et liés

6 - hémostase complémentaire soit au bistouri électrique ou à l'aiguille Sertie de Vicryl

7 - fermeture de la néocavité par des points en X

8 - plusieurs points en plusieurs plans sont nécessaire si fibrome ↑↑, parfois en recours à résiquer le myomètre en excès mais ↓ risque économique

9 - mèches en cholans avec +/- cerclage du myomètre.

10 - dans certains cas la tumeur peut être réséquée ou énucléée : fermeture en T

11 - faut pas laisser d'espace vide néocavité source d'hématome, infection peut être comblé par le procédé de Louros qui invagine une partie du myomètre en e

12 - si saignement superficiel recouvrir la zone avec un tissu de cellulose par ↓ les adhérences

3i - Fibrome sous muqueux projeté dans la cavité

- Voie abdominale n'est indiquée que si le fibrome est inaccessible par hystéroscopie
- HSG et hystérosonographie qui guide l'incision.

1 - incision sagittale ant ou post selon la topographie du fibrome
2 - incision jusqu'au fibrome et mise en place de fils tracteurs
3 - Enucléation au ciseau
4 - Dissection ponctuée au voisinage de l'endomètre ⚠
5 - parfois l'ouverture de la cavité est inévitable si myome bombe dans la cavité
6 - fermeture de l'utérus comme précédemment ✓
7 - Toilette péritonéale + fermeture de la paroi.

VII) Les difficultés :

(1) ouverture de l'endomètre :

- fréquente en cas de fibrome sous muqueux
- essayer de réséquer le moins possible de l'endomètre pour éviter les synéchies !!!
- si la perte de substance endométriale est importante, on laisse dans l'utérus une lame de Pouchet taillé en triangle → retirera un mois après l'intervention par la voie basse.

(2) Fibrome dans le ligament large :

(1) ouverture du lig large en sectionnant si besoin le lig rond entre 02 ligatures
(2) Repérer les VX utérines qui sont refoulés en avant ou en arrière du myome
(3) Repérage de l'uretère ++
(4) parfois l'artère utérine est sous le fibrome, une traction manuelle ou avec une pince pour la dégager et la lier contre l'utérus sans conséquence obstétricale
(5) plan du clivage est trouvé facilement
(6) fibrome est enlevé, refermer le péritoine en prenant garde de ne pas coincer l'uretère ⚠⚠⚠

(3) - polymyomectomie : 30 - 40%

- incision sagittale médiane par l'avant, permet l'ablation de nombreux myomes
- on peut prolonger l'incision en postérieur
- plusieurs myomes peuvent être enlevés 20
- quand la myomectomie est trop mutilante on préfère hystérectomie sauf ♀ jeune <40 ans désirant de GPE.

VIII) Voies vaginales =

1) - Myomectomie par voie vaginale

Indication = Fibrome attaché par le col svt nécrosé, infecté

Méthode: bistournage :
- col exposé par un spéculum
- Saisir fibrome avec pince Museux
- Entorse le myome jusqu'à section de pédicule
- Retrait du myome
- ↗ curetage complémentaire à la curette tranchante permet d'enlever le reste du myome s'il existe

Critères d'indication de la VB =
1) utérus < 16 SA
2) absence de pathologie adhérentielle ou annexielles
3) vagin perméable : absence de sténose vaginale
4) évite la topographie fundique ++ difficile à extraire
5) on peut enlever 1 - 3 myomes max Ø < 10cm

2) - Myomectomie par cœlioscopie

- la cœlio est réservée au myome intratissulaire = intra musculaire, sous séreux
- indication: nbr < 2
  diamètre < 8 - 10 cm

3) - Myomectomie par voie hystéroscopique

→ indications: Fibrome sous muqueux symptomatique ménométrorragie ou stérilité

→ CNGOF: recommande en 1ère intention la résection en cas
* Myome intra cavitaire type 0, 1, 2 (distance de sécurité 5mm)
* taille < 4 cm avec zone de raccordement = angle aigu

→ une échographie endovaginale + hystérosonographie ++ précise l'opérabilité du myome taille, localisation et précise la distance entre bord ext du myome et la séreuse péritonéale (marge de sécurité)

CI = distance sécurité type 2 F.
Anesthésie
infection génitale
Grosse myomes multiples

→ Résultats: succès à 2 ans ≃ 85%
Grossesse possible Accouchement par voie basse ++
CpL: perforation, synéchie ++ => contrôle Hsc 3 semaines ++ après

4) Myomectomie au cours CSC

- peut poser des problèmes si le fibrome est développé dans le ligament large du fait volume et des VX
- on ne retire que les fibromes pédiculés, facile, taille < 5cm
- on ne retire que les fibromes sous séreux de la séreuse si il vaut mieux s'abstenir

⚠⚠⚠ 3

IX Soins post operatoire :

- Sondage vésical est retiré le jour même
- ATB thérapie
- prévention des adhérences : tissu cellulaire en per op
  CTC : 8mg 3x/j J_0-J_1
  2mg J_2-J_6
- Satic à J_5
- Corset contentive au bout de 03 mois
- Contraception : à l'exception de stérilité, on préfère "progestatif" ; Cerazyl pas d'indication > 40 ans

X Complications :

1- Hémorragies :

- Saignement per opératoire ≥ 350 cc si 400cc → transfusion
- 20% des patientes transfusées en per opératoire / postop
- utilisation de "procédé d'hémostase dont : garrot, misoprostol intra vaginal

2- Fièvre :

- 12% fièvre après myomectomie
- peut être dûe : * hématome intra mural
  * insuffisance d'hémostase
  * chute d'escar
- Tableau : fièvre + douleur pelvienne
  ex : fibrome utérin sensible
  Echo : ↗ taille, ↗ volume
  Trt : médical + anti inflammatoire
  poche de glace si douleur
- Si cavité ouverte : drainage spontané
- Si hématométrie : dilatation du col
- jamais opérer une patiente pour un collection intra myométriale

3- Synéchies : sont rares, vue si ouverture de la cavité utérine ++
suspecté par antécédent IIe ou + cycle T° biphasique
& désir grossesse → HSG contrôle à 3 mois
trt hystéroscopique précoce

4- Adhérences :

très fréquentes : incision de face postérieure de l'utérus 95%
peut être cause d'occlusion, stérilité ; adhérence péritubo-ovarienne
trt : coelioscopie : adhésiolyse

5- Récidives : 4-59% de récidive ++ polymyomectomie
à 05 ans 1 à 2
20% seront hystérectomisées

6- Complications générales :

- phlébites : rare ≃ 1% → trt anticoagulant préventif
- abcès de la paroi rare
- Mortalité exceptionnelle.

XI Conclusion :

le fibrome est une pathologie fréquente il est opéré lorsqu'il se complique (hoge, nécrobiose, PVR...), de caractère unique/multiple leur localisation conditionnant la technique d'ablation du fibrome

Stérilisation tubaire

Dr Hadjer Agad

I) introduction :

- c'est la suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions sexuelles ⊃ endocrine
- la stérilisation tubaire : Technique visant à rendre la ♀ stérile par obstruction ou section des trompes, elle est permanente et définitive
- le principe reste tjs le même mais bcq de techniques ont été améliorées pour ↑ l'efficacité + l'innocuité.
- la stérilisation masculine ♂ : vasectomie + simple et moins agressive 3%

II) indications :

1 - indications médicales : situation où il y a un risque d'aggravation de l'état de santé voir risque vital pour la patiente en cas de GSA

ex : cardiopathie sévère - pneumopathie avancée, affect° vasculo-cérébrale et HTA sévère, endocrino-métabolique : diabète, Basedow, asthme, pathologie de coagulat° sévère, KC, pathologie psychiatrique sévère, progénétique

- utérus cicatriciel : autrefois considéré comme une indication médicale à partir de 03 césariennes, actuellement les données de la littérature ont prouvé qu'on pouvait aller largement au delà (or césari

2 - indications dites de confort ⊃ de convenance - 80 - 90%

concernent les couples ayant des enfants et ne désirant plus de GSA et n'acceptent pas les méthodes contraceptives pour ≠ raisons
⊃ délai de réflexion est nécessaire 04 mois en France, l'indicat° de convenance est acceptée si > 35 ans avec 03 enfants de sexe ≠

→ indicat° démographique : dans les pays en voie de développement victime de surpopulat°
→ " médico-sociale : multipares dont les condit° socio-économique sont mauvaises.

III) Les Techniques de stérilisation

A - voies d'abord :

✱ Laparotomie : indiquée lorsque une intervention y est associée : césarienne, myomectomie ou si CI à la cœlio, voie vaginale

✱ Mini-laparotomie : chirurgie d'intervalle dès le post partum ou post abortum
- incision sus pubienne verticale, médiane (R. Palmer)
- incision sous ombilicale (Mark)

(*) voie coelioscopique : la + utilisée dans le monde
coagulat° - section des isthmes tubaires.

(*) voie vaginale : si CI à la coelio / laparotomie mais risque infectieux
→ colpotomie ant : parfaite exposition du cul de sac vaginal ant
colpotomie pericervicale du devant - décollement vesico-utérin -
ouverture du péritoine vesico-utérin - exteriorisation utérus
accès à l'isthme tubaire
→ colpotomie post : ouverture du cul de sac du douglas
exteriorisat° des trompes après traction douce sur l'axe
à l'aide d'une pince

(*) culdoscopie : peu utilisée
ponction du douglas - insufflat° - introduct° du trocart de culdoscopie
accès aux trompes - stérilisat°

(*) hystéroscopie : micro implant dans chaque trompe à travers les ostia
⇒ système ESSURE

B) - Techniques proprement dites :

→ Laparotomie :

1) - Technique de Pomeroy :
- simple, non hémorragique, efficace
- technique de référence au cours d'une césarienne
- créer par traction d'une **boucle tubaire** à la base de la corne
- ligature au fil de l'anse de l'isthme tubaire par fil non résorbable
- section de la partie sup de l'anse
- possible une coagulation des 2 extrémités ligaturées

2) Technique de Parkland : (Pomeroy modifiée)
chaque extrémité de l'anse est liée séparément
la partie entre les 02 ligatures est enlevée ⇒ séparation immédiate des 2 ext

3) Technique d'Uchida : Technique très sure à retenir mais compliquée
Technique de ligature résection enfouissement ⇒ salpingectomie partielle
sous séreuse pour faciliter le clivage de la trompe et sa séreuse
- infiltrat° de la paroi avec xylo-adrénaline, + incision la séreuse - section tubaire
à la partie interne de l'anse, le moignon interne est réséqué sur 01 cm
après ligature puis se rétracte sous le méso qui referme sous la ligature
du moignon distal

autres : Madlener, Irving, Rouchy

Coelioscopie

1) Technique électrique :

→ électrocoagulation monopolaire :

Saisir la trompe au niv de l'isthme à la monopolaire
coagulation jusqu'à blanchissement de l'isthme tubaire et mésosalpinx
sur environ 02 cm puis section de la trompe
risque du passage du courant, lésion d'organe de voisinage.

→ électrocoagulation bipolaire : à risque de passage du courant
coagulation à la bipolaire bilatérale sur 1,5 cm
section aux ciseaux coelioscopique.

2) Thermocoagulation :

- pince de Wolff
- saisir la trompe au niv de l'isthme et thermocoaguler sur
une longueur de 05 mm puis section de la trompe au ciseaux

3) Techniques mécaniques :

- "clips" : Filshie ++ ; Réversibilité, risque hgie ↓, Rapidité
Hulka Clemens
- Anneaux de Yoon

→ HSC = voie transcervicale

Technique en plein développement, micro implants posés sous contrôle HSC
Système ESSURE, Ambulatoire
plusieurs techniques : électrocoagulat° des ostia
obstruction par bouchon silicone
bouchon d'hydrogel qui se dilate après réhydratat°
difficultés : visualisat° des ostia.

→ Système ESSURE :

* Descript° : Dispositif = implant de dacron, 03 éléments
  - spire extérieure inerte en acier inoxydable
  - spire intérieure en nitinol
  - principe actif : fibres de polyéthylène => fibrose
* Matériel : Hystéroscope 03 ex 05 mm ∅, colonne HSC - caméra - lumière froide
* précaut° d'emploi : Bonne visualisat° des ostia, s'assurer de la perméabilité tubaire
pose : J_6-J_{13}, absence de GSC
éviter mise CTC
* Technique : le dispositif est introduit dans le canal opérateur puis à travers
l'ostium tubaire de la portion isthmo-interstitielle, les spires se fixent
dans la trompe, qq mois après une fibrose → sténose tubaire
- un contrôle échographique de la posit° des implants peut être suffisant si la pose fi

CI = accouchement ou AVRT de + de 03 mois
MTR inexpliquée
infect° génitales
cavités
trtes avec de la cavité utérines
allergie au nickel, mise de DIU

Conclusion :

la stérilisation est une méthode simple et efficace
nécessite une information éclairée de la patiente et de son partenaire
sur ses échecs et ses conséquences
la technique de référence reste la coelio mais tend à être remplacée par Hsc.

⚠ vasectomie ♂ :

occlusion des cx déférent sous anesthésie locale
la stérilisation est effective après 10 semaines et l'azoospermie est contrôlée par 3 SFC successifs, il est conseillé de réaliser une conservation du sperme avant le geste
Tx d'échec 0,2 - 2%

CPL : des scrotale, hématome, épididymite

Hystérosalpingographie

(I) Définition

c'est l'étude radiologique de l'utérus et des trompes rendues visibles par l'injection intra cavitaire d'un produit de contraste

(II) Date de l'examen :

de préférence en phase folliculaire = 8-12ème j du cycle

en phase lutéale * risque infectieux
* risque de compromettre une grossesse débutante
* image de mauvaise qualité

(III) Protocole Technique :

(1) - prémédication : cheq la f

(2) - instrumentation :

- Appareil traditionnel de Riazzi - Palmer :
  pince spéculaire à une canule
  permet l'HSG dans tous les cas : col déchiré, hyperplasique
- Ventouse à embout cervical de Bonnelace :
  indolore permet une bonne prétension du col si celui ci est d'aspect

(3) choix du produit de contraste :

- vasovix polygridone = sub hydrosoluble à 25% d'iode
  bien toléré, éliminée en 30 min
  donne des bonnes images
- vasovix 35 = extrement fluide excpt utilisé en cas de sténose tubaire connue
- lipiodol = abandonné

(4) pose de hystérographe :

* évacuation vésicale
* pose du speculum
* fixation de l'hystériographe :
  si Bonnelace = placer directement sans fixation du col / pinces
  si appareil traditionnel * fixer le col par 02 pinces latérales
  * introduire l'embout cervical relié à une canule d'injection
  * puis fixer l'hystérographe sur une barette au

* Retirer le speculum

⑤ - Prise de clichés :

A - ASP : à la recherche de calcification sous forme d'opacité

B - Cliché de remplissage :

- traction du col afin de redresser l'utérus et obtenir une cavité cervicale ayant la forme d'un triangle isocèle
- inj de 0,5 cc de produit de contraste et prise du cliché sur une plaque de 25 / 30 cm
- l'image obtenue est teintée ne renseigne que sur la cavité cervicale

C - Clichés de remplissage complet :

- inj 2 à 3 cc de liquide
- renseigne sur l'aspect : cavité cervicale, isthme, fuseau cervical et début d'inj tubaire

D - Cliché de profil :

- ♀ en DL, jambes repliées l'une sur l'autre, traction, relâché momentanément afin que l'utérus revienne à sa posit°, il renseigne sur :
  - * les têtes fémorales qui sont bien superposées
  - * la forme de l'utérus
  - * Aspect de l'isthme et du col
  - * trajet et configuration des trompes
  - * situation d'éventuelles images calcaires

E - Cliché d'évacuation :

- réalisé après avoir remis la traction sur le col et inj 1,2 cc de produit puis retrait de l'une des 2 pinces et de l'hystérographie
  ⇒ il expose la totalité de l'appareil génital y compris les orifices interne et externe du col

F - Cliché de contrôle :

- 15 - 20 min après cliché précédent = épreuve de bolte
- après avoir demandé à la ♀ de se déplacer et de tousser afin de permettre la diffusion intra péritonéale du produit intra
- il apprécie : * perméabilité tubaire
  * adhérence péritonéale
  * contours de l'appareil génital

⑭ interprétation :

1 - image normale :

* col utérin = OCE mal visualisé à HSG
* canal cervical = fusiforme ou cylindrique
  mesure 3-4 cm de longueur sur 1-2 cm largeur
  contours lisses, parfois dentelés = crypte de l'endocol
* isthme = mal individualisé = segment de transition entre le col et le corps, largeur = 0,5 cm si > 1 cm béance
* cavité utérine =
  → de face en réplétion complète = isocèle à base sup, le fundus et les bords utérins rectilignes mesurant ≃ 4 cm
  → de profil : aspect fusiforme
  s'il est antéversé il forme avec le canal cervical un angle de 120°
* trompes = ch segt.
  - portion interstitielle : 1-2 cm, traverse le myomètre
  - isthme = 3-4 cm fin sur sinueux
  - ampoule = 6-8 cm de long, 0,5-1 cm de large avec des plis muqueux ⊥ à l'axe de l'ampoule
  - infundibule et ostium tubaire = difficilement visible
* passage péritonéale : aspect

2 - images pathologiques :

→ Tuberculose génitale :
* synéchies utérines ds 1/3 des cas, + st au niv fond
  totale = aspect en doigt de gant
  partielle = " pseudo malformatif
* trompes rigides sclérosées, aspect en canne de golf moniliforme / chapelet
* injection vx péri utérine

→ Tm de la trompe :
aspect polypoïde de la trompe dilatée avec lacune irrégulière ou polype de la portion utérine

→ endométriose =
* Tubaire = image diverticulaire au niv portion isthmique ou interstitielle
* isthme utérin = image en "trait mat"

V indications :

1 - saignement : MTR - Menorragie - Meno-MTR
2- douleurs pelviennes chroniques
3- infécondité
4- bilan étiologique d'une masse pelvienne
5 - aménorrhée non gravidique d'origine utérine

VI CI

1- grossesse
2- infection génitale
3- MTR abondante
4- allergie à l'iode
5- mise récente de Bismuth

VII complications

1- liées à la technique :
* Rx allergique : rare
* hgie - traumatisme cervical
* infection Rx = image arborisante péri-utérine
* trb neuro-végétatifs : tremblement, hypotonie
* douleurs pelviennes II : +/- le 1er signe d'un appel infectieux

2- autres :
* infection IIaire : HSG est proscrite si la gaine lâche
* danger d'irradiation d'une grossesse débutante

3- difficultés :
* diaphragme vaginal
* cloison sagittale ou bifidité cervicale
* col déchiré
* col sténosé → dilatation aux bougies
→ ⚲ mano : ∈2 sd 99 fin...

VIII indications

Exploration para clinique indispensable en gynéco avec dls le bilan de stérilité ou de trb cycle
compléter les autres explor° : écho : HSTscopie

Le cyto-diagnostique
= Fcv =

Dr. Hadjer Agaci

I)- introduction

Le frottis cervico-vaginal = est un acte médical de dépistage, considéré comme la meilleure arme pour le dépistage précoce du Kc du col.

II)- Rappel histologique

* **Exocol** = épithélium malpighien pluristratifié
  - Frottis NL ramène des ¢ provenant des derniers assises ¢
  - ♀ en activité génitale : ¢ superficielle et intermédiaire
  - ♀ en post ménopause : ¢ intermédiaire et les parabasal et basale surchargée en glycogène
* **endocol** = épithélium glandulaire cylindrique
  Son frottis ramène des ¢ cylindriques bien différenciées mucosécrétantes
* **Zone de jonction** = zone d'affrontement des 02 épithéliaux
  ⊕ de 90% des Kc du col se développ à partir de cette jonction Squamo-cylindrique

III)- Buts du Fcv :

L'examen cytologique permet d'apprécier :
1. Les ¢ épithéliales : apprécier leur nature
2. la présence des ¢ inflammatoires et leur nature
3. " recherche d'agent pathogène
4. la flore bactérienne NL = Flore de Doderlein

IV)- Technique

1. **prélèvement** : idealement au niv de la Zone de jonction

échantillon en bon état ; parfaitement étalé ; suffisamment de ¢

sur 02 lames : endocol (écouvillon), exocol (spatule d'Ayre)

03 lames : endocol-exocol, faces latérales. cly ♀ ménopausée à éviter

hormones

2 - Etalement = fin - homogène, régulier - en prenant toute la surface de la lame

3 - Fixation = immediatement par cytospray puis laisser sécher

4 - Coloration = délai de 05 jours "papanicolaou"
+++ +
* noyaux: hématoxyline de Harris
* cytoplasme: solution alcoolique d'orange

5 - Montage entre lame et lamelle

Conditions préalables au prélèvement:

1- Conditions générales:
obj:
* ne pas faire un TV
* éviter le lavage vaginal, trt local, rapport sexuel
* le prélevement doit se faire en dehors des règles, en période pré-ovulatoire
+++

2- Materiel:
* Spéculum avec ou sans lubrifiant, ou lames, spray, spatule ou brosse
* éviter de racler ou de faire saigner le col

V- Indications:

1- dépistage du Kc du col
2- ♀ en activité sexuelle
3- infection génitales à répétition
4- à visée hormonale
5- ♀ Ménopausée

VI- Resultats:

1- Caractère significatif ou Non du Fcv

→ Fcv représentatif: - ♦ malpighienne abondante: au moins 10% surface de lame
- ♦ endocervicale et de jonct°

→ Fcv d'interprétation limitée: pas de ♦ endocol - hygie - inflammation

→ Fcv ininterpretable: → ♦ malpighienne < 10%, pas ♦ glandulaire
→ hygie, inflammation
→ mauvaise fixation
→ lame

2 - Classification

⚠ • pas de corrélation cyto-histo
• ne reflète pas les connaissances actuelles des lésions pré-Kc

→ de Papanicolaou :

- classe I = Fcv NL
- classe II = Fcv inflammatoire et/ou dystrophique
- classe III = Fcv dysplasique et suspect
- classe IV = ¢ malignes isolées
- classe V = ¢ " en placards

] Fcv cancéreux

→ de l'OMS :

* dysplasie légère = atteint ¢ au 1/3 inf des couches ¢ ⚠ ⇒ Évaluation subjective Ac Non fiable
* dysplasie modérée " " 2/3 " "
* " sévère " toute la hauteur
* carcinome in situ : Mbe basale intacte

→ de Richart :

CIN = Cervical intra épithélial Néoplasy
CIN I = dysplasie légère
CIN II = " modérée
CIN III = " sévère

→ de Bethesda +++ Référence actuellement

3 Résultat

Soit :
- Fcv Normal
- Fcv avec modific° bénigne
- Fcv anormal

* Normal
* modification ¢ bénignes : à refaire
  - → infection : Trichomonas, Mycose, Herpes
  - → modific° réactionnelle = inflamat°, radiation
* Anomalies des ¢ épithéliales :

→ ① ¢ malpighienne :

a * lésion malpighienne de signific° indéterminée ASCUS
b * " " intra épithéliale de bas grade = koilocyte / Hpv, dysplasie légère, CIN I
c * " " " haut grade :
- dysplasie modérée à sévère
- CIN II, III
- Cis

d * carcinome malpighien

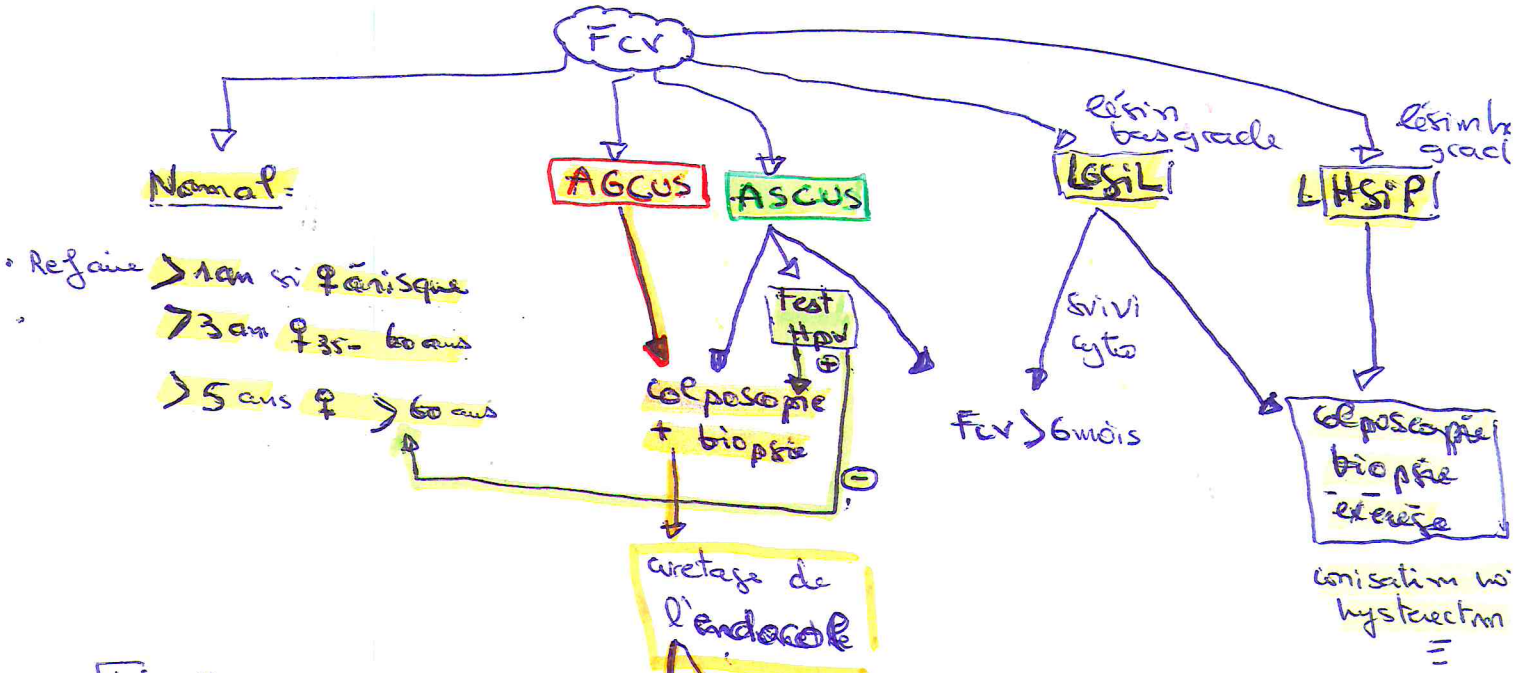
→ ② ¢ glandulaire : → atypie des ¢ glandu signific° indéterminée AGCUS
→ Adénocarcinome endocervical in situ

VII° CAT :

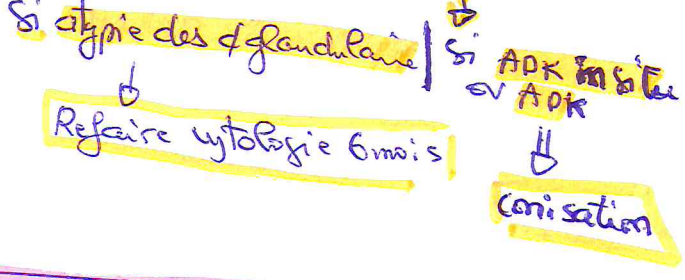
1- qualité Non satisfaisante ⇒ Refaire

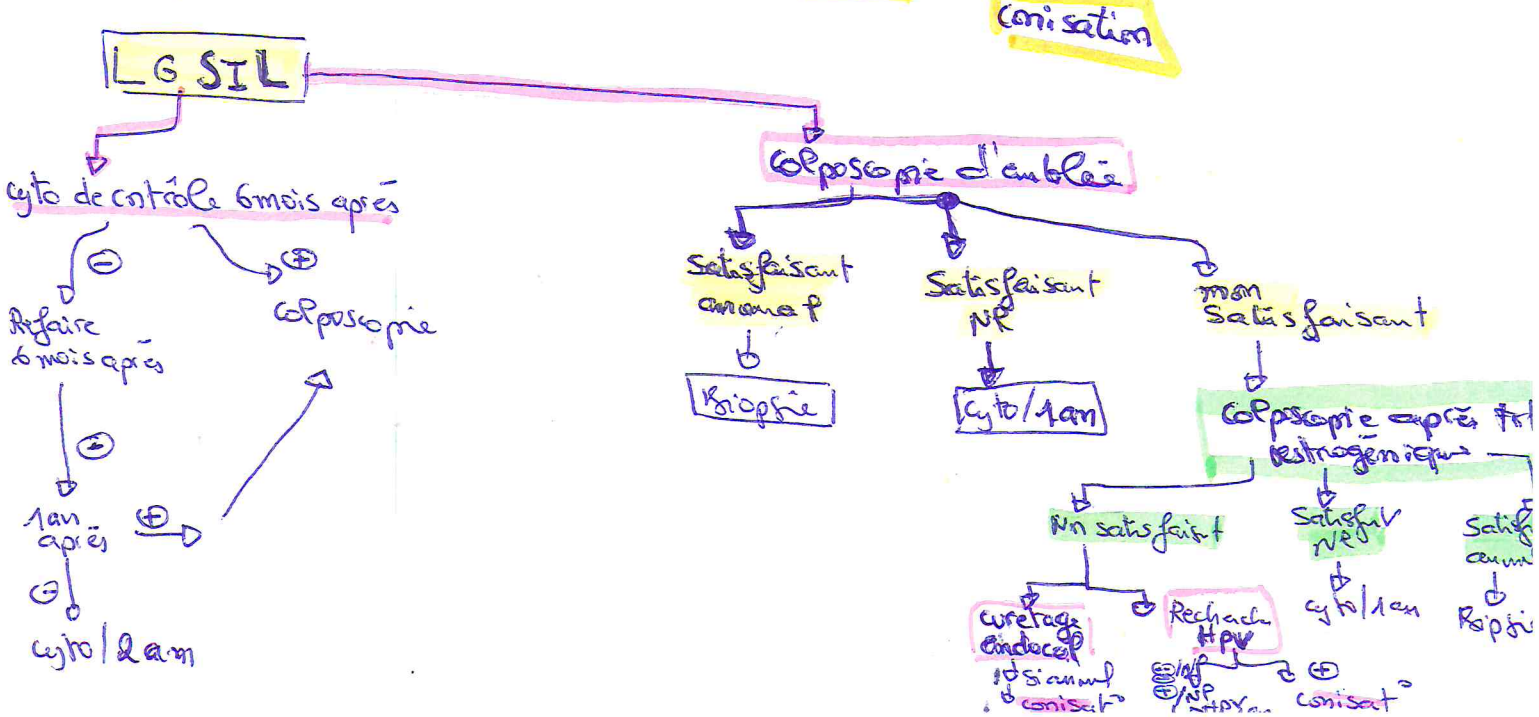
2- infection ou inflamation bénigne ⇒ tt puis refaire

3- Si non: Atypies



4- évocation d'un Kc ⇒ colpo + biopsie + PEC adequate





Colposcopie

Dr Hadjer Ayad

I) Generalité

1- définition : c'est l'étude du col et du vagin à l'aide d'une loupe binoculaire adaptée à des grossissement variables.

2- interet :

1* complement indispensable à un Fcv anormal
2* Dc des lésions Hpv
3* Dirige les biopsies
4* précise en pré-op les lésions à détruire
5* permet le suivi des patientes sous trt
6* permet le suivi in vivo des processus dynamiques des transformation cervicales

II) Indications :

1- Colpo de 1ère intention :

* col macroscopiquement anormal
* MTR de contact
* col par dysplasie et pour Kc

2- Colpo impérative pr Fcv anormal :

• Dysplasie • Koilocyte • ¢ parabasales • ¢ parakératosiques

3- ♀ à risque

* ♀ à partenaires multiples ++
* ♀ tabagique
* ♀ porteuse d'IST
* ♀ immunodeprimée

4- Infection vicale de voisinage

Végétation vénérienne
Condylôme
Maladie de Bowen

III - Principe de la colposcopie

1 - **principe** : c'est de voir le tissu conjonctif à travers l'épithélium - malpighien ou glandulaire, transparent à l'état normal

* **l'exocol** : recouvert par l'épithélium malpighien = rose, vx fins riche du chorion
* **l'endocol** : l'épithélium glandulaire est ⊕ fin 1 seule assise ¢ chorion apparaît + rouge

2 - **Bases histochimiques de la colposcopie**

a - **Examen sans préparation** : toilette au SSI permet de voir :

→ sur un col NP :
- col rose au niveau de l'épithélium - malpighien
- col rouge " " " glandulaire

→ sur un col pathologique :
- Zone blanche de leucoplasie
- Zone rouge : congestion localisée ou érosion
- la vascularisation dont les caractéristiques doivent être notés

2ème tps

b - **Test à l'acide acétique** : dilué à 3 %

- l'épithélium malpighien mature contient peu de protéines beaucoup glycogène
- l'effet Ac acétique coagule les protéines cytoplasmiques dont la densité caractérise les dysplasies + ++
- les 02 tissus blanchissent = Acidophiles (effet réversible)
  - tissu glandulaire
  - tissu dysplasique, néoplasique
- précise le niveau de la jonction

3ème tps

c - **Test au lugol de Shiller** :

- son effet est de colorer le glycogène intra ¢ en brun foncé = brun acajou
- durée 15 min

exocol & épithélium malpighien mature ne change en glycogène ⇒ Lugol ⊕

Endocol = épith cylindrique ne
épithélium malpighien immature
épithélium dysplasique n'est pas mature
⇒ Lugol ⊖

d - **Test au Nitrate** : permet de matiquer des biopsies

(IV) - Protocole Technique :

1- **Date de l'examen** : J8 - J12 du cycle (phase folliculaire)

2- **Conditions préalables** : 48 heures avant l'intervention : pas toilette, pas rapport
le col ne doit pas être traumatisé

3- **Materiel** :
* table d'examen
* instruments : (1) spc de Collin
(2) spc endocervicaux de Koogan
(3) pince à pansement
(4) pince à biopsie
(5) curette de Kreyekim si curetage endocervical
* colposcopie binoculaire
* solutions : Ac acétique ; solution de Lugol ; Sérum physiologique

4- **Technique proprement dite** :

(*) exploration de la vulve dans le versant ant-inguinal

(*) exploration du col en 03 tps successifs :

1er tps → examen sans préparation : leucorrhées, sang, qualité de la glaire
si zones blanchâtres spontanément visibles

2ème tps → Test à l'Ac acétique

3ème tps → Test au Lugol
= Biopsie (Test au nitrate)

(*) exploration du vagin : * les parois latérales sont examinées au 1er tps que le col
* paroi sup et inf " " au retrait du spéculum
* culs de sac vaginaux sont déplissés et examinés

* interpretation :

I) Images élémentaires :

→ **épithélium malpighien** :
* sans préparation = rose pale homogène
* sous Ac acétique : ne réagit pas
* sous Lugol = iode ⊕ (brun homogène)

→ **épithélium cylindrique** : tapisse l'endocol jusqu'à la limite et l'affrontement des 02 types d'épithélium reproduit la JSC (Jonction Squamo-cylindrique)
* sans préparation : rouge à surface irrégulière
* sous Ac acétique : blanche avec papilles et cryptes glandulaires

→ **3one de jonction squamo-cylindrique** Tsc

* c'est la jonction entre les 02 types d'épithélium (exocol- endocol)
* Situation : en période d'activité génitale = en exocervical (effet estrogène)
  → ♀ ménopausée = nettement endocervical (↓ estrogène)
* doit être visible +/-
  * sans préparation : mal visualisée
  * sous Ac acétique : mdulée - festonnée
  * sous Lugol : iode ⊖

→ **3one Rouge** : • simple congestion
• Simple érosion, ulcération ⇒ iode ⊖ perte épithéliale
• Ectropion ou simple réépithélialisation ⇒ Acidophi ⊕

→ **3one blanche** :

[a] - **Leucoplasie** : lésion superficielle agglutinée kératinée spontanément visible à l'œil nu, Lugol ⊖
ne préjuge pas de lésion sous jacentes = simple dystrophie
Dysplasie ; Kc in Si
d'où l'intérêt de la biopsie +++
la leucoplasie se détache facilement après grattage à ≠ du condylome accuminé qui ne se détache pas

[b] - lésions n'apparaissent qu'après application d'Ac acétique = Reaction acidophile ⊕
→ 3one blanche homogène { avant ac acétique : translucide
après " " : opaque blanc
Lugol ⊖
→ 3one blanche avec sur impression vasculaire
• 3. blanche piquetée ponctuée [vx ⊥ à l'épithélium]
• 3. blanche corrélée en mosaïque [vx // à l'épithélium]
→ les mosaïques : existence des rapports entre épithélium pathologique et le tissu conjonctif sous jacent épithélium forme des bourgeons qui s'enfoncent dans le tissu conjonctif

[c] - Image glandulaire

→ Sous Ac Acétique = tâche blanche +/- arrondie centrée par la dépression de l'orifice glandulaire
séquelle de la glande fermée = kyste de Naboth
" " " ouverte = orifice glandulaire
→ Sous Lugol : iode ⊖

[d] - Bourgeonnement : image en relief papillaire
hypertrophie polypoïde, TC, condylome → Bénigne

[e] - Variations vasculaire
- Stade I = NL
- stade II = importante mais régulière
- stade III = ectasique
- stade IV = irrégulière
- stade V = Anarchique

[f] - Tissu Métaplasique
tissu de la stratification du tissu cylindrique,
une néo vascularisat° avec aspect variée en fonction de la maturation

2) Bilan colposcopique

* Col Normal : épith malpighien, épithélium cylindrique, zone de jonction
* Col inflammatoire : 02 types

→ Sur col sain = colpite : variable spécifique de l'agent causal de l'infection
- s/ Speculum : Semi de points moyennement foncés parfois bleu
- s/ Ac Acétique : elle s'efface
- s/ Lugol : points blanc sur un fond chamois

→ Sur col inflammatoire : congestion (redème hyperplasie vasculaire qui réduit l'efficacité d'identificat° des lésions

* Ectropion = ectasie cervicale cylindrique

la présence de tissu glandulaire cylindrique sur l'exocol au delà de 05 mm de l'OCE

- s/ speculum : zone rouge de surface irrégulière
- s/ Ac Acétique : papilles caractéristique rosé
- s/ Lugol : iode ⊖

* Transformation normale : Métaplasie épidermoïde de l'épith glandulaire

* Remaniement

c'est une zone importante à localiser (site privilégié d'infect HPV)

- s/ speculum : zone rouge hétérogène
- s/ Ac Acétique : surface lisse de l'exocol irrégulière papillaire
- s/ Lugol : iode ⊖, après matura : iode ⊕

* Mug glandulaire : épith pavimenteux métaplasique
  - épith pavimenteux NP
  - " " dysplasique
  - Kc invasif

* Transformation atypique

Grade ① : Réépithélialisation atypique à partir de la ZJ vers OCE peut se stabiliser ou évoluer vers la dysmaturation forme parakyste ou leucoplasie
- -> s/ speculum : rose - rouge
- -> s/ Ac Acétique : acidophilie
- -> s/ Lugol : iode ⊖, homogène à contours nets

Grade ② = Grade 2 = épithélium dysplasique
* débute svt au niv ZJ scl déjà modifiée
* biopsie est souhaitable
* tableau colposcopique dépend de son évolution allant
  - de la dysplasie vers le Kc invasif
* Rouge, congestive, acidophilie, iode ⊖, homogène à contours flous

③ critère colposcopique de gravité

1- Zone blanchâtre intra cervicale
2- irrégularité de la surface
3- étendue de la lésion
4- prédominance de la zone typique
5- blanchiment durable sous Ac Acétique
6- limites anormales s/ lugol, déportée les limites s/ Ac Acétique
7- Néogénèse localisée plus importante
8- vascularisation irrégulière
9- Bourrelet rouge péritentionnel

④ Aspects particuliers :

a) **pd de grossesse :**
* hyperplasie / hypertrophie
* aggravation de l'ectropion
* transformation atypique peut prendre l'aspect de grade II

b) **pds oestrogène :**
* hyperplasie vasculaire
* Ectropion
* adénose cervico-vaginale
* endométriose = macule rouge foncée sur muqueuse saine
* polype = Acidophilie, iode ⊖, homogène à contour flou
* carcinome épidermoïde = végétatif, acidophilie +++
* Kc de l'endocol = hémorragique, ulcéré, infiltrant

⑤ **colposcopie et infection HPV :** 02 types endémiques

1) **Exophytique acuminé**

* visible à l'œil nu sous forme de végétation, d'autres s/ forme minivégétant spéculées micro-papillaire visible en colposcopie
* lésion micropapillaire + néovx → dg difficile Kc invasif
* retrouvé surt suivi du vagin rare le col ou vulve
* ne sont pas des lésions précancéreuses

2) **plan** ne sont pas visibles ni à l'œil nu ni au colposcope sans préparation apparaissent après appli lugol → peage de lugol inhomogène

CAT :

1 - Col NIS FCV (avis endocol)

2 - lésion bénigne : tt en fonction de la pathologie

3 - Tableau douteux : cas de séquelles dysplasique grade I
→ FCV + Biopsie

4 - transformation : suspecte atypique = → biopsie obligatoire
→ curetage de l'endocol
→ micro colpo hystéroscopie
→ conisation

Conclusion :

la colposcopie reste l'examen clé dans le dg et extt des dysplasie du col utérin

ainsi le frottis dépiste, la colpo localise, histo diagnostique

acheller donne un dg décisif de le choix des

Technique conservatrice concernant les patientes jeunes

La conisation

Dr Hadjer Agag

I) Introduction

* **Définition** :- La conisation est une **exérèse** d'une partie du col utérin correspondant à un cône ou un cylindre dont la partie basse est l'**exocol** passant au large de la **lésion néoplasique** et le sommet endocervical passant à distance de la zone de jonction !!

* **intérêt** : La conisation est la meilleure méthode par **prévenir** et **soigner** une **lésion néoplasique** "préclinique" du col utérin.
  - → diagnostique : confirme la nature de la lésion et son étendue
  - → thérapeutique : grâce à l'**anapath** vérifie la qualité du trt (si ... la résection est passée en tissu sain.

II) Les indications :

- l'indication ne peut être portée qu'après un **examen colposcopique** attentif guidant une **biopsie dirigée** sur les **lésions les + sévères**
- la topographie de la zone de jonction est un des éléments essentiels dans la décision
- La conisation est indiquée dans les "**néoplasies intra épithéliales**" du col :
  1. - lorsque la zone de jonction n'est pas visible en totalité
  2. lorsque les biopsies effectuées sous colposcopie révèlent une lésion de haut grade (CIN III) étendue par laquelle on ne peut pas exclure le risque d'une invasion
  3. en cas de **discordance** entre les examens colposcopiques, cytologiques, anatomopathologique. (ex : Fcv = haut grade, Anapath = NIC)

III) Contre-indications :

1. - cancer invasif clinique : une simple biopsie suffit pr confirmer
2. en cas d'**infection cervico-vaginale** (trt avant un geste chirurgical)
3. en cas de **grossesse** : risque hémorragie, Acc prématuré, doit subir une colpo (3 mois et sera revue 06 semaines après l'accouchement.

IV) Technique :

* choix du moment : Quand faire une conisation :
  - en début du cycle menstruel après les règles pour :
    une cicatrisation correcte avant les règles suivantes
    et éviter une endométriose des cicatrices
* Anesthésie :
  - peut être faite sous AG
  - ou après un bloc para cervical : Technique rapide
    Comme l'autre diathermique voire
    le bistouri à froid
* Technique proprement dite

A → Conisation au bistouri froid

① objectif :
- est de prélever un cône du col sans le léser en vue d'un examen d'anapath en particulier des tranches de section pour s'assurer que l'on est passé en tissu sain

② Matériels :
* un bistouri à manche long avec lame
* deux pinces de Pozzi
* un spéculum ou deux valves vaginales
* une pince à chirurgien à griffes de 18 cm
* un porte aiguille de 18 cm
* une paire de ciseaux pour couper les fils

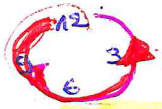
③ préparation de la malade :
1. patiente en position gynécologique
2. vessie vide
3. vulve et le vagin sont désinfectés
4. Mise en place des champs
5. Badigeonnage du col au Lugol à 5% (+++) afin de bien repérer les zones iodo-négative.

④ Les étapes :

1] - Le col est saisi de chaque côté à 3h + 9h avec 2 pinces de Pozzi

2] - Mise en place d'un fil serti aiguille triangulaire de chaque côté du col ou ciseaux des pozzis pour = * lier les branches terminales des cervico-vaginales
* pouvoir mobiliser le col

3] - Le col est incisé au bistouri à froid en passant de 12h et en tournant vers 09h puis 6h puis 3h



4] - L'incision doit être assez profonde pour inciser non seulement le vagin mais le muscle de Museau de tranche sur 0,5 cm

5] - Les 02 pinces de pozzi sont posées à 12h et 6h dans l'incision musculaire pour éviter d'abimer l'épithelium Malpighien, en tirant sur elle, on dégage la tranche de section et on peut poursuivre la section qui sera adapté à la hauteur supposée de la zone de jonction :

Si ♀ jeune : Zone est basse et cône < 1 cm de haut

Si ♀ agée : on peut aller jusqu'a 02 cm

6] - Le cône étant retiré, il est repéré par un fil mis à 12h et achevé au labo sans le fixer ΔΔΔ

7] - Le canal cervical est repéré par une bougie puis dilaté si besoin jusqu'N° 8

8] - hémostase soigneuse au bistouri électrique

9] - Le col est laissé ouvert ou recouvert par 02 ou 04 points de Sturmdorf modifié pour laisser une zone cruentée visible parque la nouvelle Zone de jonction puisse être visible

* Les avantages = peu couteux
technique rapide

* Les inconvenients = { hémorragique
sténose
surveillance ultérieure impossible

B) Conisation au laser

1- Principe : consiste à sectionner et à faire l'hémostase avec un faisceau laser monté sur un colposcope.

- le rayon Laser est couplé à un rayon témoin de couleur rouge qui tient de guide
- section est fine : Ø faisceau 0,5 - 0,8 mm
- vitesse de section dépend : puissance, durée de l'émission
- permet l'hémostase des VX de Ø ≤ 0,5 mm

2- Materiels :

1* Le Laser CO_2 monté sur le colposcope
2* Materiel de conisation chirurgicale :
3* un speculum dépoli comportant une canule d'aspiration
4* un flacon d'acide acétique
5* un flacon lugol 5%
6* une regletta de Bélina pour mesurer la profondeur et une autre pour la
7* des coton tiges
8* des lunettes de protection pour la patiente et le personnel de la salle s'ils n'en portent pas.

3- Technique :

① - une bonne colposcopie pour bien repérer la zone de jonction et la topographie des lésions (sans acide acétique risque de gêner l'anapath)

② - deux points de vicryl sont placés à 09h et 03h pour faire l'hémostase des branches terminales des cervico-vaginales et présenter le col

③ Repérer le tracé externe de la conisation par une série d'impacts disposés 6mm à l'extérieur.

④ La découpe du cône par une série de tirs en mode pulsé + face externe de la lèvre cervicale // à l'axe du canal cervical en tournant de 12h à 09 puis 6h et 03

⑤ Lorsque la découpe du cône est bien amorcée sur 0,5 cm on passe 04 fils Vicryl à l'extérieur du début du cône de façon à la mobiliser facilement

⑥ on poursuit la découpe pour former un cylindre ou un cône dont hauteur est en fct de la hauteur supposée Zône de jonction que on peut la mesurer par la règlette Bélina

⑦ - Termine la section haute du cône avec la pièce à la main qui permet de diriger le rayon obliquement, il faut passer 05 mm au dessus des lésions

⑧ contrôler l'hémostase de caractère

⑨ les lésions de bas grade qui se trouvent en périphérie du cône sont vaporisées

⑩ - le col sera laissé ouvert

4- les avantages :

- une excellente visu → résection à minima très utile chez la femme
- Bonne hémostase de la tranche de section permettant de laisser le col avant
- possibilité de vaporiser des lésions moins sévères en périphérie de la conisation
- une cicatrisation rapide (03 semaines) laissant la zone de jnct visible.

5- inconvénients :

* côut élevé de l'appareil
* la longueur de la conisation (30 mm)

C) Conisation à l'anse diathermique :

1- principe

conisation à l'anse diathermique revient à la mode avec 02 perfectionnement :

→ des bistouris électriques à haute fréquence : la profondeur de l'hémostase est indépendante de la profondeur de cupe.

→ des anses métalliques fines : cupes plus précises et plus rapide

→ Nouvelles générations : électro cône

2- Materiels :

- Autre materiel déjà décrit
- un bistouri electrique
- une anse diathermique reglable (Electro cône)

3- Technique :

1) taille de l'électrode est choisie en fonction de la taille du col et des lésions
2) Le ϕ maximal de profondeur = 15 mm
3) électrode appliquée sur la lèvre antérieure du col d'un geste assez rapide pour éviter la carbonisation des berges !!!
4) on abaisse l'anse de façon à décuper le cône
5) si nutilise une anse triangulaire Fisher introduite dans l'endocol, fil à 12h jusqu'à la profondeur désirée (10-25 mm)
6) un mouvement de rotation axial permet de décuper un cône ouvert à midi
7) hémostase du caractère avec le bistouri électrique ou avec une boule.

V) Resultats histologiques des différentes méthodes :

Sur le plan histologique :

→ le bistouri à froid = donne des pièces qui ne posent pas de problème d'interprétation

→ bistouri électrique ou Laser : il faut toujours passer au delà des lésions pour que l'histologiste puisse vérifier exérèse saine.

VI) Suites opératoires :

1- Hospitalisation de (48h) en fait de risque hémorragique
2- à la sortie un arrêt de 10 jours
3- les rapports sont proscrits
4- les douches autorisées
5- avertir la malade qu'il peut survenir un saignement ressemblant aux règles à J10
6- Revoir la malade 3 semaines après = { Vérifier la cicatrisation ; pratiquer une dilatation avec les bougies N°24 ; les résultats histologiques }
7- RDV de contrôle tous les 03 mois | 1 année
6 mois | 2 année
1 fois | an
+ FCV tous les ans si ZOJ

VII) Les complications

→ hgie
→ sténose
→ Résection insuffisante
→ Récidive
→ Infertilité

1) Hémorragie :

- Selon la méthode utilisée, se voit 2 ou 3 j à l'intervention, 10 à 14 j
- risque majoré par l'état inflammatoire du col, taille de la conisation

→ "prévention" : * traiter les cervicites avant la conisation
* éviter de faire des cônes > 2 cm de haut
* se méfier des conisations ch ♀ ménopausée (col petit)

→ "CAT" : Tamponner avec des mèches vaginales
Suture élective avec aiguille de Sertie ou un point de Sturmdorf
hystérectomie d'hémostase restant nécessaire

2) Sténoses :

- Leur taux varie en fct de : { la méthode employée (++ Laser, ++ diathermique) ; hauteur du cône : ↑ hauteur ↑ → ↑ nbr sténose ; âge de la ♀ : ↑ après la ménopause. }
- donc il faut pas de pièce > 20 mm pour la hauteur du cône
- RDV de contrôle 03 semaines après pour dilater le col

- si Zone de jonction invisible → faire Frottis endocervical
- indication HST = fct de l'âge
  désir Gsse
  Gravité de lésion

→ Tt stade : plastie d'agrandissement du col au laser proposé par Baldauf
dilatation au bougie + laminaire = Tx récidive ↑

→ prévention : préférer ++ la conisation à l'ancienne chirurgicale, laser

3) - Résections non in sano :

tout dépend = Gravité des lésions laissées en place
leur topographie
Age de la patiente
Désir d'enfant

→ si il s'agit : lésion de haut grade non in sano dans endocol } proposer une hystérectomie
Epaisseur du cône
chez une F > 40 ans qui ne désire pas d'enfant

→ si lésion non in sano sur l'exocol ⇒ compléter la conisation par une vaporisation au laser - surveillance HST en cas de récidive.

→ si la lésion laissée est de bas grade + F jeune + désire Gsse
⇒ frottis / 6 mois + cytologie pour prélevement endocervical
puis / 1 an

→ si F jeune + lésion haut grade sur exocol ⇒ vaporisation au laser
suivie surveillance

si lésion haut grade sur endocol ⇒

4) - Récidives :

* surveillance attentive et un frottis annuel sur 5 - 20 ans de suivi
* 13% ont récidivé in situ
  0,9 % lésions invasives
* une 2nde conisation à l'ancienne chirurgicale peut être proposée

5) - Hypofertilité : par modification de la qualité - quantité glaire
⇒ insémination intra utérine.

- Grossesse après conisation :

après une conisation bien faite on peut dire :

→ la fertilité est intacte

→ Fr des AVB : 1ère, 2ème trimestre

→ taux de prématurité est nettement majoré : repos strict cerclage si BCI

→ fréquence des césariennes pour dystocies cervicales est ↑

Conclusion :

les 03 techniques de conisations donnent des resultats comparables en terme d'efficacité si on est bien passé en tissu sain et en terme de cpl le choix de l'outil doit être guidé par les possibilité d'obtenir un cône in sano qui convient a chaque terrain.

Cerclage du col

Dr Hadjer Agad

I) introduction :

1) définition : c'est une thérapeutique chirurgicale utilisée au cours de la grossesse, Tt d'une incontinence cervico-isthmique gravidique

2) Date : quand le dig d'une BcI est confirmé, l'indication est posée

à froid = période idéale = 12 à 14 SA (s'assurer de la viabilité)

→ il existe des cerclages tardifs (une mois = 25 SA) = Cerclage de désespoir

→ Certains auteurs posent l'indication du cerclage au delà de 6 mois pour gagner qq semaines

II) indications :

1) - Dig BcI

→ Bilan en dehors de grossesse : * calibrage du col
* HSG = défilé isthmique > 9 mm de longueur
* écho. endovaginale oCI > 8 mm
* ATCD ABRT tardif

→ Notion d'accouchement rapide : dilatation complète en 1-2h chez une primipare ++

→ à l'examen : col complètement ouvert et œuf accessible au spéculum en T_2

2) Béance probable : patiente à haut risque de béance :

→ ATCD ABRT tardif de plus en plus
→ accouchement prématuré répétitif
→ Efficacité d'un cerclage ant
→ Etat du col = déchirure - modification - conisation

3) - Indication relative :

* Menace ABRT refroidie en T_2
* MAP refroidie si ATCD

4) - indication particulière :

en T_1 : * ~~Certaines malformation~~ = utérus hypoplasique
* Grossesse induite après stérilité prolongée
* Suspicion de béance fonctionnelle
* GG

III Cntre - indications :

1- Rupture des membranes
2- infection cervico-vaginale
3- hydramnios
4- malformation fetale
5- à chaud si col effacé ∅ ≥ 4 cm
6- évite les cerclages tardifs > 7 mois
7- Age > 40 ans
8- cardiopathie génétique
9- persistance d'une hygie
10- MIU

IV - Technique de cerclage : s'assure de la vitalité fetale +++

1 → Soins pré-op :
1- AINS locaux pdt 48h précédent l'intervention
2- progestérone
3- anti-spasmodique

2 → Materiels :
1- 2 pince tire-col type "Pozzi" ou "museau"
2- 2 valves vaginales ou spéculum de Pratt
3- 1 pince à disséquer longue sans griffes
4- 1 aiguille à pédale ou une aiguille courbée de gd diamètre
5- long porte aiguille N° 17 cm
6- ciseau droit fin
7- fil Non résorbable de gros diamètre (Nylon) N° 2 ou 3 polyester

3 → préparation :
1- ♀ en position gynécologique "Trendelenburg"
2- SI AG
3- vessie vide
4- condition d'asepsie & aide + operateur habillés de façon stérile
5- TVPV
6- Mise en place des champs stériles
7- Mise en place des valves
8- mise des lèvres ant + post du col par 2 pinces Pozzi

4) Technique proprement dite :

A) Technique de Hervet-Mac-Donald +++

- Technique la + utilisée et la + classique consiste à un faufilage du col, une grande aiguille (Nylon N° 2-3)

1) fil est placé à la base du col successivement :
   - le 1er point sur la ligne médiane à 12h pr sortir à 9h
   - le 2ème point à 9h pour sortir à 6h
   - le 3ème point à 6h pour sortir à 3h
   - le 4ème point à 3h pour sortir à 12h

2) les 02 chefs du fil sont noués en avant du col à 12h
3) il faut tirer pour corriger la BCI (mais pas trop) la pulpe des doigts
4) les 02 chefs sont noués une 2ème fois à 2cm du précédent
5) fil coupé à 1,5 cm
6) termine par un badigeonnage du col + vagin par antiseptique

B) Technique de Shirodkar = suture "en avant"

- Réservée au col décalotté avec déchirure latérale haute et au col court après amputation

1) injection de 10cc de SSI contenant 0,25 mg d'Adrénaline au CDS ant + postt
2) on réalise une colpotomie horizontale en avant et en arrière à 2cm de la jonction cervico-vaginale
3) la vessie est décollée et refoulée en avant
4) à l'aide d'un fil on tire de part et d'autre le col sous vaginal + espace para cervical
   une bandelette de mersilène de 03 mm de large
   puis on suture en avant avant de fermer le vagin
5) accouchement se fera par césarienne

C) Cerclage par voie haute : suture en "arrière"

- Conisation large / ampu
- Fistule cervico-vaginale
- Cervicite chronique

au début du SSFE, passage d'une bandelette de mersilène à travers le lig large et en dedans des artères utérines avec nœud et suture "en arrière"
accht par césarienne
+++

10 · Cerclage tardif à chaud

- peut être fait jusqu'à 05 cm de dilatation
- c'est la technique de **parachute en 03 tps** ↔ MEP, Refoulement, Cerclage

1 → **MEP** : de fils tracteurs passé ds l'épaisseur du col en évitant de trancher la PDE

2 → **Refoulement** : de la PDE à l'aide de bougie de Hégar adaptée à la ∅

3 → **Cerclage** au simple fanfilage le + haut possible en évitant de trancher la PDE tombante

le Serrage du fil sera au retrait de la bougie

5 → **Soins - post - op** :

1* Repos au lit pdt 03 jours
2* Anti D si ♀ Rh ⊖ ⚠⚠⚠
3* inj. quotidienne de progestérone pdt 03 j
4* B mimétique
5* ATB + antispasmodique
6* vérifier AC à l'écho ++
7* prochaine RV la carte ainsi la date d'ablation
8* RDV de suivi en consultation

cc= cerclage est un geste chirurgical mais n'est pas urgent qui doit être prévu en programmé et accepté par la patiente

6 → **Ablation des fils** :

* en fin de grossesse 15 j avant la date prévue de l'accouchement (37-38 SA) l'accouchement peut survenir dès les 03 j
* Après mise en place des valves on spécule
* on repère le nœud qu'on saisit avec une pince à longuette
* on tend et on sectionne le fil (l'un des fils)
* Si anneau de sclérose on fera une dilatation si persistance → césarienne.

V Complication :

immédiat :
1- ouverture des membranes
2- déchirure du col
3- ~~épisiotomie~~
4- blessure de la vessie
5- hémorragie (Hémodérivé)

à court terme
- déclenchement du TW
- épl infectieuse

au cours de l'accouchement
* dystocie cervicale
* sclérose du col
* déchirure de la région isthmique si entrée grand en TW et fil non ôté

B - Technique de Shirodkar

- Réservée au col déflabé avec déchirure latérale traitée
  col court après amputation

1* inj de 10cc de SSI contenant 0,25 mg d'Adrénaline de la CDS Douglas ant - post
2* mutilise une bandelette de Mersilène 3-5 mm de largeur
3* le col est saisi par 02 pinces de Badcock
4* incision transversale de 2 cm sur la paroi vaginale post sans ouvrir le CDS de Douglas et une autre transversale sur la paroi vaginale ant (les 02 au même niv que l'OCI, 03 au OCE)
5* Refoule la vessie en avant
6* la bandelette est fenestrée grâce à un passe fil d'avant en arrière puis d'arrière en avant autour du col, de l'espace para cervical et latéral puis elle est nouée "en avant" sans serrer
7* le vasin est suturé en avant et en arrière
8* les chefs libres de la bandelette sont laissés à l'extérieur pr faciliter le décrochage
9* Accouchement se fera par césarienne

CpL précoces

1- Risque d'anesthésie
2- Rupture des membranes
3- blessure du col
4- Apparit° des CLI
5- risque d'accouchement prématuré (Cerclage à chaud)
6- risque hoche (Shirodkar)

CpL tardives

1- CpL infectieuse
2- déplacement secondaire du fil à l'origine d'une plaie du col or déchirure
3- Sténose cervicale par fibrose du col qui est à l'origine d'une déformat° du col déjà ©
4- Rupture utérine
5- MIU par ligature des art utérines lors de cerclage abd
6- SD du poing de l'hf = involut°, hématome décidual basal
7- Rare = Fistule uréro-vaginale / vésico-vaginale nécrose du trigone

Curage

Dr Hadjer Ayad

I) Introduct° :

1- Definit° : intervention manuelle destinée à évacuer ou à compléter l'évacuation d'un utérus gravidique spacieux > 12SA

2- intrêt : ① - facile et moins traumatisant que le curetage
② - Rapide
③ - permet une bonne exploration utérine

II) Conditions : n'est réalisable que :
1 - Col ouvert à 02 doigts large !!!
2 - utérus spacieux grossesse > 12SA

III) Indications :
① - évacuation utérine d'un avortement incomplet en cours
② - Rétention ovulaire partielle
③ - post partum < 30 jours si Rétention placentaire.

IV) Contre indications
① - grossesse évolutive sauf hgie abondantes
② - infection : endométrite, endocervicite, pelvi-péritonite, phlébite pelvienne suppurée

V) Technique moment clé :

A- préparation : * au bloc opératoire
* Conditions d'asepsie : champs, gants, opérateur : Stériles
* ♀ en position gynécologique
* sous AG / ALR
* Toilette vulvo - périnéo - vaginale

B- Technique moment clé :

① - main gauche passe par le champs abd, fixe et maintien le fond utérin
② - main droite : index et majeur : pénètre par le col béant dans la cavité utérine explorant les faces, fond, cornes.
③ - on évite de rentrer plusieurs fois (risque infection septique)
④ inj de Methergine en IM
⑤ réduit [illegible]
⑥ ATB, Anti-D si Rhésus ⊖

VI Complications :

A- Court terme = ① perforation
② infection ++
③- hémorragie : variété multiple
④- Inertie utérine

B- à long terme :
①- Synéchies
②- Béance cervico-isthmique

VII Conclusion :

effectué dans AG / suivant des règles d'asepsie rigoureuse avec Méthodologie, divers produits.

Curetage

I) introduction :

1- Définit° : évacuation instrumentale du contenu utérin par voie basse.

2- Interêt :
- * Curatif : curetage évacuateur et hémostatique
- * Diagnostic : curetage de glet hémostatique ++

II) Indications :

A - Utérus gravide :

1) MIR abondante : ABRT spontané en cours entre 08 - 12SA
2) avortement thérapeutique avant 03 mois
3) ROM
4) Evacuat° d'une Môle (curetage Aspiratif)
5) Retention placentaire.

B - Utérus Non gravide :

→ Avisé thérapeutique : hgie génitale abondante

étiologie :
- Néo de l'endomètre
- Néo du col
- hyperplasie endométriale
- Explant° d'une stérilité

III) Contre indication :

1) Grossesse évolutive sauf si hgie abondante
2) Avortement provoqué infecté [curetage après 24h d'apyrexie]
3) infection locale / Générale
4) Grossesse molaire avec métastase pulmonaire. +++
5) post partum.

IV) Technique :

1- Préparation : 1) Bilan pré operatoire
2- pré - anesthésie
3- patiente avec estomac vide à jeun

2- Lieu de l'intervention : Bloc operatoire

3- Materiels :

1- Spéculum de Collin ou valve vaginale ou valve à poids
2- pince de Pozzi
3- pince à faux germes
4- hystéromètres
5- 03 curettes mousses : grande - moyenne - petite
6- canul de Novak pour curetage Biopsique !!!
7- une boite de Bougie d'Hégard pour la dilatat° du col ou Laminaria
8- champs steriles / compresses steriles / gants steriles
9- Récipients pour anapath + fixateur (formol)

4- Technique de dilatation du col :

A- Bougies d'Hégard : S/ AG

→ Mandrins metalliques de dilatat° croissante
→ introduire la 1ère Bougie doucement au franchissement de l'OCI on perçoit un ressaut, on progressivement les ⌀ sans sauter de niveau + + +
La ⌀ est suffisante quand on peut introduire la curette

* inconvenients : 1- dilatat° brutale, traumatique [BCI]
2- Rupture interstitielles et perforation du col
3- perforation uterine.

B- Les laminaires :

1- morceaux d'algues marines
2- dilatation douce "non traumatique" du col en 6 - 12h
→ action mecanique : Gonflement - dilatat° du col
→ action chimique : liberat° PGE2

* inconvenients : 1- dilatat° lente
2- risque infectieux
3- risque de migration intra - uterine

5 - Technique proprement dite :

(A) - Curetage évacuateur et hémostatique :

étapes :

1- SIAG, ♀ en posit° gynéco, opérateur habillé stérilement.
2- Toilette vulvo - périnéo - vaginale
3- TV : apprécier la dilatat° du col
4- Mise en place de la valve à pales / spéculum / valve vaginale.
5- "Amarrage" du col par la Pozzi => Antéversion, Rétroflexion
6- Hystérométrie, ∅ du col si nécessaire
7- Faux germes si important "débris ovulaires" au col
8- introduction de la plus grande curette compatible avec ∅ col
9- explorer Méthodiquement Fond, de face, les cornes
10- Ne pas faire sortir la curette à chaque fois (vagin septique)

Critères de vacuité utérine :

1- aspect spumeux aéré du sang
2- Tarissement du saignement
3- Rétraction utérine

Suites

1- Retrait curette
2- Recueille du matériel => adressé à l'anapath
3- Abstat° du matériel
4- Toilette
5- perfusion de Syntocinon + ivg Méthergin
6- ATB + SAT (si ABRI provoqué)
7- Anti-D si ♀ Rhésus ⊖ △△△△
8- écho de contrôle.
9- protocole sur dossiers et registre du bloc op

B - Curetage Biopsique :

Indications :
1. hgie post ménopausique
2. explocation d'une stérilité !!!
3. Recherche Néo d'endomètre / col
4. " TBK génitale

Techniques :

Idem :
1. dilatat° du col si nécess
2. mutilite des curettes fenetrées
3. on commence par un curetage endo-cervical puis cavitaire
4. fixer le matériel produit retiré → Anapath
5. ATB
6. enregistrer le protocole sur dossier + registre

C - Curetage Aspératif :

* **indications :**
1. avortement molaire
2. ITG de grossesse < 12SA
3. ROM pour certains

* **Techniques :**
1. dilatat° préalable du col
2. hystéromètre ou canule souple graduée en cm
3. la canule est reliée à l'appareil d'aspiration
4. Fond puis les faces puis les cornes & respecter isthme + col
5. durée de 45 sec à 1 min
6. la rétract° utérine sur la canule est un bon signe de vacuité
7. certains complètent le curetage à la grande curette.

* **Avantages :**
- moins traumatique
- moindre ø du col

* **inconvénients :** infection - poursuite d'évolut° de la GEU.

V) Complication :

précoce : 1. hgie : perforation - vacuité utérine incomplète, inertie
2. infection : annexielle - septicémie - pelvi-péritonite

Tardive : 1. synéchies 3. GEU
2. BCI 4. aide de délivrance

VI) Conclusion :

. Curetage doit être fait sous AG . Methodiquement
. Respect des condit° d'asepsie . douce
. douleur.

Infiltration du nerf honteux interne

Dr. Hadjer Ayad

I) Généralités :

1- Définition : Anesthésie loco-régionale, de technique simple consiste à bloquer l'influx sensitif du nerf honteux interne

2- Intérêt :
① * Anesthésie du périnée et 1/3 inférieur du vagin
② * Relachement musculaire
③ * Assouplissement des parties molles

II) Anatomie du nerf honteux interne :

① Origine :
- Branche terminale du plexus honteux
- innerve les OGE + périnée
- formé par fraction des branches ant S_2 - S_3 - S_4

② - Trajet : successivement :
→ dans le bassin : qui il quitte assez tôt formé pour rejoindre la région fessière où il contourne l'épine sciatique !!!
→ Périnée post se termine au niv fosse ischio rectale

③ - Terminaison : au dessus de la tubérosité ischiatique en 2 branches → nerf périnéal en bas
→ nerf dorsal en haut

III) Indications :

① préparat° d'1 épisiotomie
② périnée cicatriciel scléreux
③ si extract° instrumentale
④ Fœtus fragile / prématuré
⑤ ♀ chez qui les efforts expulsifs doivent être limités : insuff Respiratoire

IV) Contre indications :

1- allergie aux produits anesthésiants
2- périnée oedématié
3- contre indicat° à l'inj IM

I Technique :

① - préparation :
1- Asepsie rigoureuse
2- posit° gynécologique
3- connaître les repères anatomiques
4- Dépister une contre indicat° par l'interrogat°
5- expliquer à la parturiante le déroulement
6- préparer le matériel :
→ Seringue de 20 cc → aiguille longue 10cm Kuss
→ Anesthésie : { Lidocaïne 1%
Marcaïne

② - Technique proprement dite :

ⓐ moment : avant d'injecter vérifier que la dilatat° > 8 cm
l'infiltrat° se fait après l'accouchement
XX

ⓑ - Site d'inject° :

⇒ canal d'Alcock :
1. Repérer la tubérosité ischiatique à travers la fesse
XX
2. piquer droit vers la tubérosité
3. après contact, on se repète en dedans, avancer 2-3cm
4. injecter 10 cc après avoir vérifier qu'on est en extravx
XX
5. faire de même le côté opposé

⇒ épine sciatique : 02 voies :

① - pécinéale :
1. introduire les 02 doigts dans le vagin
2. Repérer l'épine sciatique !!!
3. piquer à mi distance XX entre l'anus - Tubérosité ischiatiq
++
4. enfoncer 4-8 cm en direct de l'épine sciatique
5. inject° 15 cc après vérificat° qu'on est en extra vx
6. faire de même du côté opposé

② - Vaginale :
- les 02 doigts repèrent l'épine sciatique
- on infiltre à travers le lig sacro-sciatique +++ 10 cc après avoir aspiré
- de même côté opposé

VI - Accidents :

→ immediat = passage VX +++

→ Tardif = trop grande quantité d'anesthésique

→ signes Toxicité : SNC = Nervosité, agitation, convulsion
Resp : Tachypnée, apnée
♥ : BAV, TV, arrêt ♥

* Traitement de sauvetage :

1- hyperventilation
2- signe Neuro : Barbiturique à courte durée
3- intubation, Ventilation soit BB ou Atropine

* prévention : 1 → interrogatoire soigneux
2 → inj en dehors des VX : Aspiration +++
3 → Materiel de Réa : O_2 +++
4 → Voie d'abord
5 → surveillance : maintenir le contact verbal.

VII Conclusion :

INH en plus du confort qu'elle apporte à la parturiante, facilite le déroulement de l'accouchement cependant la prudence reste indispensable !!!

partogramme

plan

Dr Hadjer Ayad

I) introduction : ① définit°
② intérêt
③ condit° de réalisat°

II) examen initial = A = interrogatoire
B - examen général
C - examen obstétrical

III) Le partogramme propm dit :

1 - CU = 1 - définit°
2 - caractéristiques → involontaire, intermittente, progressive, douloureuse, totale
3 - Anmalies des CU : a/ aki contractilité
b/ " Tonicité
c/ " coordinat°

2 - SI = 1 - définit°
2 - anmalies

3 - dilatat° du col ① → courbe de dilatat°
② → Srveillance
③ → les anmalie de dilatat°

4 - etat de PDE : ① Def
② type
③ intérêt
④ type Rupture

5 - évolutin de (P)

6 - vitalité fœtale → BCF, pH métrie, liquide amniotique

7 - etat de la parturiante → etat physique, comportement, durée du w

IV) Srveillance pd l'expulsn

V) Conclusn

Partogramme

I- introductions

- Définit° : un diagramme de surveillance de gestes cliniques + paracliniques du déroulement du travail qui sont :

① CU, ② Etat du col, ③ SI, ④ PDE, ⑤ évolution de la Ⓟ ds bassin
⑥ vitalité fœtale : BCF, LA, ⑦ état général mère : TA, T°, pouls, son psychique

Tout accouchement doit bénéficier d'un partogramme, pour parler d'un partogramme il faut poser (la dg de ω) : apparit° de CU qui affaissent le col dont le début est annoncé par la chute du Bouchon muqueux

- intérêt : ① - suivre l'accouchement
② - dépister à temps les anomalies et tenter à les corriger
③ - ↓ mortalité + morbidité périnatale et maternelle.

- conditions de Réalisation :
④ - milieu hospitalier, ② ♀ en travail, ③ - le même accoucheur
④ - préparat° : rasage de poils, sonde vésicale, toilette génitale.

II - Examen initial :

1- interrogatoire : âge - parité - DDR - Déroulement grossesse, ATCD Ⓟ, Ⓕ, obstétricaux

- examen général : éventuelle tare ou pathologie mécanique pouvant avoir des conséquences sur l'accouchement & fœtus.

- examen obstétrical :
① - l'existence d'une cicatrice de césarienne
② - l'axe de l'utérus
③ - HU si ↑ : GG, Macrosomie, excès de LA ↓ oligoamnios, RCIU, HTIU
④ - type Ⓟ, variété, & degré de progression
⑤ - auscultat° de BCF
⑥ - Exploration du bassin
⑦ - état du col, SI, parties molles.

III - Partogramme proprement dit :

1 CU :

① - Def : Moteur de dilatation, d'expulsion, elles sont perçues au palper abd

② - caractéristiques : intermittentes - régulières - involontaire - totale - rythmée espacée par le relâchement utérin, douloureuse, progressive

① * intermittente : régulière, Rhytmée, espacée par le relachement uterin (au début W / 20 min, 2-3 min), à la fin dilatat° devient rapproc

② * progressives : dans leur installation, durée : 15-25 sec au début → 30-60 sec fin
intensité ↗

③ * Différentes : ↑ avec l'intensité CU (perçue à 20 mmHg, élevée 30 mmHg)
××

④ totales : l'utérus en totalité

⑤ involontaires : la parturiante subit la CU sans pouvoir la contrôler

③ - Anomalies CU :

a) anomalies de contractilité :

a-1 = hypocinésie : insuffisance CU d'intensité ↘ durée
- Intensité < 25 mmHg
- Durée CU espacées

→ - Si au début de W : différencier un faux travail
→ - Si chez primi à ∅ 3 cm : ne pas rompre PDE, surveillance
→ - Si ∅ avancée avec Multi : perfu de ocytocine à faible débit

a-2 = hypercinésie : CU excessive en intensité et en durée
- CU anormalement douloureuse, intensité 80 mmHg
- durée CU / 2 min ou moins, spontanée ou sous ocytocine

b) anomalies de Tonicité : Tonus de base : > 12 à 15 mmHg.

* hypertonie sans hypercinésie : Fausse hypertonie : ♀ agitée
Isolée : GG, excès de HA
HRP : Contracture

* hypertonie avec hypercinésie : Tétanisat° = Sd pré rupture ×××
→ à hypercinésie s'ajoute ↑ tonus de base
  * dysproportion foeto-pelvienne
  * ocytocine
  * sur distension utérine

c) anomalies de coordination : irrégularité, durée, intensité
×××

- CU à double sommet
- CU bigéminée

2 - Segment inf : formation gravide : ampliat° / souplesse / Minceur

→ chez la primi à terme = SI bien formé mince + souple

→ chez la multipare : il s'amincie au début du W, d'autant plus mince que la (P) est bien accommodée (coiffe latérale)

→ anomalies SI : épais : anomalies des CU

3 - dilatation du col :

- sous l'influence du moteur [CU] qui pousse le mobile fœtal vers le bas le col va d'abord s'effacer ① puis se dilater ② chez la primi, il se fait au mm tps chez la multipare.

1) courbe de dilatation : après l'effacement, la dilatat° se décrit en 3 phases

* phase 1 : latence : → 6 - 8h pour la primi : 0 - 2 cm
  → 4 - 6h pour la multi : 0 - 3 cm
* phase 2 : active : dilatat° rapide
  1er tps : accélérat° : primi : 1 cm / h
  multi : 2 - 3 cm / h
  } 3 - 6 cm
  2ème tps : pente max : primi ≃ 1h
  multi < 1h
  } 6 cm à dilatat° complète
* phase 3 : décélération : précède l'expulsion, actuellement discutée !!!
  primi ≃ 3h anomalie si > 5h
  multi ≃ 2h30 anomalie si > 3h

2) Surveillance : assurée par le TV
- posture du col, degré de raccourcissement, dilatat°
- consistance / comportement pdt CU
- TV : précaut° d'asepsie, 0 TV / 2h avant rupture PDE, avant 5 cm/g
  après 1 TV / 1h

3) Les anomalies de dilatat° :

* prolongation de la phase de latence = dystocie de démarrage : peut dépasser 20h mini si col long non effacé, ϕ < 2 cm, PDE (+), réf BR → calmer ϕ antispasmodique + Réexamen 1h après

- si CU sont arrêtés = Faux travail
- si col modifié = début travail

FO

* Dilatation traînante → prolongation phase active

primi : 1 - 2 cm/h
Multi = 1 - 5 cm/h

NB (1 cm/h → primi
(2 - 3 cm/h → multi

* Dilatation stationnaire → arrêt définitif de la dilatation (pdt 02h tps)

jamais retour au col à PDE intacte.

④. état PDE

① Def : partie inférieure des Mbrs (membranes)

② Type :
→ plate = Reflète une bonne accommodation foeto-pelvienne
→ Bombante = " " mauvaise " " "
→ Rugueuse : placenta praevia.

③ Intérêt : de la rupture de la PDE :
* apprécier la valeur du hA et suivi des modifications ++
* cependant favorise l'infection amniotique
* point de non retour par le suivi de l'accouch.

④ Type de Rupture :
① prématurée = avant le travail
② tempestive = à dilatation complète
③ intempestive = " " incomplète > 5 cm
④ précoce à dilatation < 5 cm
⑤ Artificielle = 1ère étape de correction d'une dystocie dynamique +++ (PDE bombante)

CI : ①. Tête mal fléchie
②. Ⓟ siège
③. MIU
④. Ⓟ haute

indications : HRP, PP, dystocie dynamique

→ conditions de réalisation
① - ♀ en position gynéco, dilatation
② - au début CU !!!
③ - ♀ > 3 cm (2ème phase de W)
④ - après avoir éliminer un VX praevia
⑤ - à la partie sup des mbrs avec contrôle du débit d'écoulement hA et maintien de la Ⓟ en place avec la main gauche sur l'abdo

accidents :
→ hgie de Benkiser
→ Transfusion Ⓟ si hydramnios
→ procidence du cordon
→ arrêt de la dilatation

⑤ évolutin de (P)

① (P) **mobile** : excavatin vide : (P) refoulable

② (P) **appliquée** = le doigt la retrouve en contact avec l'aire du détroit sup peut être refoulée par des manœuvres de faible intensité

③ (P) **fixée** : (P) "Non engagée", mais "non refoulable"

④ (P) **engagée** : on ne peut passer l'index et le médius entre (P) et sacrum = signe fiable

* les modalités d'évolutin : en fct du mécanisme de l'accouch
  Degré de fléxion, Rotation, Asynclitisme

* **anomalies** :

① **BSS** = infiltrat° séro-Hg = "Bosse de stagnation" au point déclive de la posit° due au garrot qui constitue **la sangle périnéale dilatée** appuie fortement sur la (P) : { gêne à la progression / défaut d'engagement

② **chevauchement des Os crane** : Réduct° des dimensions peu importante et de courte durée = SF

⑥ vitalité fœtale :

1 → **BCF** : Normaux : **120 - 160**

>160 : **Tachycardie** → >160 légère / 160-180 modérée / >180 sévère !!

<120 : **Bradycardie** → 100-120 : modérée / <100 : sévère !!

* se ralentissent, s'asservissent pdt CU +++
* surveillé par stéthoscope, ERCF

2 → **PH métrie** : pH Hg fœtal, une goutte sur le **Scalp** pdt le TV

* pH NE : 7,30 - 7,40 (pdt TV)
* préacidose : 7,20 - 7,30 (expulsion)
* Acidose : <7,20 = SFA (SF +++) qui doit hâter l'expulsion

3 → **LA** : Aspect : NE : incolore, clair, eau de roche, vernix
→ verdâtre : SFA
→ jaunâtre : SF chronique
→ odeur fétide : infect° materno-fœtale.

III - Etat de la parturiente :

- * état physique : TA, T°
- * comportement : calme, agitée
- * durée du W : < 12h (primi) / < 8h (Multi)
  - W prolongé : primi > 15h ; Multi > 8h
  - W court : primi < 5h ; Multi < 3h
  - expulsif : primi 45" ; multi : 15-2

IV - Surveillance pd l'expulsion : à partir de la dilat° complète

1. état du fœtus : BCF / LA
2. progression de la PP
3. pesinée = prévenir les déchirures

si > 30 min :
- → Syntо si CU inefficace
- → épisio si pesinée n'existant après infiltrat°
- → extract° instrumentale ventouse / césarienne.

V - Conclusion

Le partogramme est indispensable, permet le suivi du W dépistes des anomalies ainsi que de les corriger à tps

Un accouchement optimum est un accouchement avec le minimum de puissance, dans les délais recommandés.

Forceps !

Dr Hadjer Agad

I) introduction :

1- Définition : le forceps est un instrument de préhension, d'orientation, et traction de la tête fœtale hors des voies genitales

2- intérêt : expulsion

II) structure : on le décrit en 2 branches comportant :

* cuillère = fenêtrée avec 2 courbures (céphalique + pelvienne)
* entablure = articulation qui joint les cuillères aux manches
* manche = qui transmet les forces de traction, orientation, flexion à la tête fœt

III) Description des ≠ types de Forceps :

A) - Forceps à branches croisées

Ai - Forceps de Pajot : branche sont croisée
cuillère fenêtrée courbure céphalique très marquée,
la pelvienne peu marquée : articulation type en coche

Bi - Forceps de Tarnier : cuillères fenêtrées à double courbure céphalique + pelvienne
articulation constituée d'un vis et une encoche utilisée dans les extractions difficiles ou si la tête est haute ds l'excavation

Ci - Forceps de Kielland :
courbure céphalique nulle, pas courbure pelvienne !!
indiqué ds les têtes asynclitiques ou si la tête transverse ou variété post

2) Forceps à branche parallèles :

Ai = Forceps de Demelin : N°8 • Branche légèrement divergente
• manche fenêtré long
• pas courbure pelvienne ++

Bi - Forceps de Suzor : c'est un Forceps de Demelin aux manches légers et raccourcis pour l'extraction des têtes basses

Ci - Forceps de Hubert-Gilles : Forte courbure céphalique + faible pelvienne
articulation avis sur l'extremité des manches et un tracteur metalique [6]

IV Mode d'action :

1- Rôle de prétraction : efficace + inoffensive après dég exact de la (P) Symétrique sur une région solide sans organe noble

2- Rôle de l'orientation :

* 1er tps : complément de flexion des les variétés post en relevant les manches
* 2ème tps : descente de la tête jusqu'à l'excavation où la rotation sera aisée
* 3ème tps : orientation en op ou os

3- Rôle de traction : plus la tête est haute, plus l'axe de traction sera dirigé vers le bas (axe antéro-coccygien)
si tête basse l'axe est dirigé vers le haut

V Conditions d'application de Freeps :

F = (P) céphalique : sommet, face — siège : tête dernière
O = orientation (repère
R = Rompue (PDE)
C = complète (dilatation)
E = engagée ((P) engagée dans la partie inf excavat°)
P = poursuite hémo-pelvienne (pas dystocie)
S = sondage vésical

VI Indications :

I Matériels

Non obstétricales :
1- cardiopathie
2- insuffisance respiratoire
3- ATCD pneumothorax
4- ATCD lésion cutanée - douleur de retour
5- lésion cérébrale
6- prééclampsie
7- éventration / hernie invalidante

Obstétricales
* efforts expulsifs insuffisants : * ♀ Non coopérante
* fatigue maternelle
* AG - péri-dural
* défaut de progression : gros enfant, mauvaise flexion
* ostéo-arthrite pelvienne, épine sciatique saillantes

II Fœtales :

1- souffrance fœtale à dilatation complète ou à l'expulsion
2- défaut d'expulsion > 30 min
3- prématurité, enfant fragile
4- Rétention de la tête dernière

(VII) = Technique :

1) "préparation"

* Lieu : bloc d'accouchement sinon bloc opératoire si on craint l'échec

2- préparation et installation :

- position gynécologique : siège affleurant le bord de la table
- Vessie vidée
- Rasage des poils pubiens
- Badigeonnage vulvo-périnéal + champs stériles

3- Anesthésie :

si tête basse, ♀ coopérante : pas anesthésie ou INM
♀ agitée : AG

4- opérateur :

* ganté et habillé stérilement
* il vérifie la dilatation et la hauteur de la présentation
* tente une rotation manuelle pour amener l'occiput en OP
* vérifie le matériel et l'articulation des branches

2) "principes généraux"

1er tps : contrôler la hauteur et l'orientation de la (F)
2ème tps : choix de l'instrument selon le n° de (P) — 1/3 moyen = Tarnier ; 1/3 haut = Pajot ou Kielland
3ème tps : épisiotomie
4ème tps : introduction des cuillers
5ème tps : articulation des cuillers et mise en place de la traction
vérifier la mise
6ème tps : traction

3) - Technique selon la présentation

→ prise en op :

1- pose des villères = les 02 doigts index + médius ou les 03 derniers doigts de la main Dte sont introduit en arrière et à gauche de la tête pd que la main gauche tient le manche gauche verticalement

- la branche gauche sera introduite en douceur entre la main et la tête et pénetre facilement jusqu'à obtenir le manche
- la branche Dte sera introduite de la mm façon

2- articulation du Fraps facile si la prise est correcte

3- vérification de la prise par le TV : symétrique, villères bien enfoncées pas de partie molle en contact

4- extraction :

* flexion vers le bas si variété ant, vers le haut si variété post
* orientation n'est pas nécessaire dans ce cas
* traction à la (P) est haute elle sera vers le bas → se redresse axe 0,0° pour verticaliser lors du dégagement
* asynclitisme = pr passage des épines sciatiques
* deflexion : en redressant le Fraps en direction de l'obst
* dégagement : dès que les bosses pariétales sont accessibles → trouver le périnée

5- désarticulation dans le sens inverse de la pose

→ prise en OS = extraction : traction en avant pour fléchir la tête puis en arrière (vers le bas) pr la déflexion

→ appliqué en oblique : le Fraps sera appliqué avant que la tête fasse sa rotation (1/3 moyen de DM)
faire une rotation amenant la tête en op → 45° OIGA, OIDA
puis montrer les villères → 135° OIGP OIDP

→ application en transverse = la prise symétrique est impossible, essayer de tourner la tête par la main en avant ou en arrière pour obtenir une oblique
mettre en Fraps à branche parallèles (SVBR)

→ (P) de la face :

* tête en MIGA ou MIDA au menton-pubien ⇒ ↓ prise que pr OIGA
  rotation de 45° vers la cuisse
  Traction vers le bas jusqu'à fixer le menton sous SP
  puis vers le haut pr dégager tête

* tête en MIDP la + fréquente Menton-sacré ⇒

  * ↓ prise que pr OIDP
  * rotation 135°
  * traction avec exagération de la déflexion afin d'amener le menton en sous SP
  * extraction au menton-pubien

→ Svc la tête dernière :

* faire manœuvre de Mauriceau puis fœtus sera saisi par le pied et le relever devant le pubis
* forceps sera introduit selon la technique habituelle le long des fesses
* traction vers le bas puis le haut
* on termine le dégagement sans retirer le forceps

→ Revision utérine
→ examen sous valve
→ Remise de l'épisio

(VIII) Complications :

(M)

- Lésion vulvo-pariétale
- " vaginale pouvant s'étendre au CDS
- hématomes péri-vaginaux
1- Lésion cervicale si ∅ incomplète
3- déchirure du segment inf
6- Délabrement périnéaux grave "OS"
7- entorse coccygienne
8- Lésion : vessie - rectum - urètre

(F)

1- écchymoses - écchymoses.
2- Lésion cutanée par décapage lors de traction
3- hyphe sous conjonctivale, exophtalmie bénigne énucléation de l'œil
4- paralysie faciale régressante de la majorité des cas
paralysie du plexus brachial
5- embarrure, fracture de la voûte crânienne
6- céphalhématome

IX Conclusion

l'application du forceps est tombé délaissé au profit d'une césarienne entre des mains expérimentées, elle fera exécuter à la tête fœtale les mouvements qu'elle aurait physiologiquement fait

préférer la voie haute à un forceps difficile

épisiotomie

Dr Hadjer Agad

I) Généralités :

1- définit°
2- interêt

II) Rappel anatomique du périnée :

1- périnée ant
2- périnée post

III) Les modifications périnéales au cours de l'accouchement :

1- Segment ano-coccygien
2- Ampliation Ano-vulvaire
3- Dilatation vulvaire

IV) Indications

→ Maternelle
→ fœtale
→ opératoire

V) Technique :

1- Materiels
2- Types d'incision : 1- Medio-latérale
2- Médiane
3- Latérale
4- Bilatérale
3- Moment de l'incision
4- Technique proprt dite

VI) Réparation :

A- moment
B- Materiels
C- Reparat° proprt dite

VII) Soins post-opératoire :

VIII) Evolution - complications

IX) Conclusion

L'épisiotomie

I) Généralités :

1- **Définition** : c'est un geste chirurgical qui consiste à sectionner le périnée à partir de l'anneau vulvaire et faisceau pubo-rectale du muscle releveur de l'anus.

2- **Intérêt** :

* ♀ → à court terme : éviter les déchirures périnéales sévères
  → à long terme : prévenir les troubles de la statique pelvienne
* fœtal → Réduire le tps d'expulsion → Réduire les traumatismes fœtaux
  → faciliter la réalisat° des manœuvres obstétricales

II) Rappel anatomique du périnée :

* périnée : c'est l'ensemble des parties molles situées au dessous (xx) du diaphragme pelv

Sur le plan topographique :

1) - périnée ant : ÷ en 2 plans → superficiel : plus exposé aux déchirures
   → profond
2) périnée post : centré par le canal anal, Sphincter externe de l'anus

* le périnée ant + post sont solidaires sur le plan fonctionnel grâce au centre tendineux du périnée +++

III) - Les Modifications périnéales au cours de l'accouchement :

1- **Segment ano-coccygien** : par sa descente, la (P) aplatit le rectum contre le coccyx, et le lig ano-coccygien, la Rétro pulsion du coccyx permet l'étirement de la commissure post de l'anus.
- des lésions du Sphincter anale inapparentes peuvent survenir.

2- **Ampliation du segment Ano-Vulvaire** :

- en descendant, la (P) se déploie => comprime et étale le centre tendineux du périnée qui bombe et s'amincit, la vulve s'horizontalise.

3- **L'orifice vulvaire** : la vulve se déplisse et se distend.

IV) - Indications :

→ **Maternelles** : ① * primi parité

Dénécessité → ② * Texture + anomalie du périnée :

→ graisseux, Résistant, cicatriciel, œdématié

→ distance ano-vulvaire < 5 cm, Ano-pelvienne < 7 cm

→ périnée trop court ou trop long

prophylactique afin de prévenir les déchirures graves et troubles statique pelvienne

→ **Fœtale** : ① * souffrance fœtale ✓

② * Accouchement prématuré

③ * (P) siégé, défléchie

④ * gros enfant

⑤ * Dégagement en OS

→ **opératoires** : → extraction instrumentale = Forceps - Ventouse - Spatule

→ Manœuvres obstétricales = RMI, extract° du siège.

V) - Technique :

① - **Matériel** : 1 Ciseaux, 2 Gants stériles, 3 champs stériles, 4 Compresses, 5 camisoles stériles, 6 Anesthésie locale, 7 antiseptique

② - **Types d'incision** :

* **Médio-latérale** : incision de la fourchette vulvaire avec un angle de 45° avec l'horizontale, en direction de la tubérosité ischiatique

→ avantages : ① - Respecte le centre tendineux du périnée !!!

② - Facilement prolongée vers la fosse ischio-rectale.

→ inconvénients : suture hémorragique +++, douleur post op +++

→ variantes réalisat° : épisio trop petite qui ne protège pas le périnée

" trop précoce sur un périnée non suffisamment amplifié

" Trop tardive : dégats déjà constitués

" Trop latérale

2* **Médiane** : Section verticale du centre tendineux du périnée

→ avantage : peu hémorragique, Réalisat° + Réparat° facile, moins douloureux

→ inconvénients : * Risque de propagat° au sphincter anal / Rectum

* ↑ nbr fistule recto-vaginale

* Risque déchirure

* épisio latérale : débute au n de fourchette vulvaire se dirige horizontalement vers la branche ischio-pubienne. XXX

→ avantage : peu d'avantage, elle protège le sphincter anal !!!

→ inconvénients : ① Risque de section du canal excréteur glande Bartholin
② Réparat° difficile XX
③ Risque de sect° du corps caverneux ⇒ hgie

* Bilatérale : jamais pratiquée. △△△

③ - Moment de l'incision :

- quand la (P) commence à distendre le périnée
- au moment d'une CU et d'un effort expulsif

En pratique :
1* quand le fx Ambo-rectal du releveur s'intègre au plan superficiel
2* périnée ant commence à distendre
3* (P) visible
4* anus dilaté avec muqueuse interne visible.

⚠ la (P) siège : quand la hanche antérieure est calée sous la symphyse.

④ Technique proprement dite :

TDD : Médio-latérale. +++

1- patiente en posit° gynécologique.
2- Zone d'incision rasée désinfectée
3- opérateur habillé stérilement et ganté
4- anesthésie locale, loco-régionale
5- Index et Médius de la main gauche sont introduits entre la (P) et le périnée du côté droit. XX
6- on coupe franchement en un seul coup la peau / muscle pd CU ou effort expulsif. Angle de 45° avec l'horizontale de la fourchette vulvaire en direct° de la tubérosité ischiatique droite. +
7- Sur une longueur de 3-4 cm

VI - Réparation :

A - Moment = immédiatement après la délivrance ou Révision utérine, examen du col

B - Matériels : champs (1), compresses (2), canisettes (3), Gants stériles (4), valve vaginale, source de lumière, seringue, Lidocaïne, fils résorbables, ciseaux, [illegible]

C) - Réparation proprement dite :

1) → changement de gants
2) → Désinfection de la région épisiotomie
3) → Disposit° de champs
4) → faire un bilan rapide des lésions
5) → patiente sous Anesthésie locale / locorégionale.

⇒ Réparation d'une épisio Médio-latérale simple : +++

- Refouler le col par un "tampon vaginal" !!!
- Réparation minutieuse en respectant l'anatomie des 3 plans suivant :

→ plan muqueux vaginal :

Surjet au fil résorbable, en partant de l'angle sup de la plaie vaginale vers les vestiges hyménéaux, en prenant largement la muqueuse vaginale en suffisament en profondeur, bien fermer les brèches
on peut utiliser des points séparés. fil crpè à 1 cm.

→ plan musculaire :

fil résorbable, points simple ou en X, à la fin de ce plan ⇒ un TR est nécessaire pour vérifier qu'on a pas transfixié le rectum

→ plan cutané : on le plan par un double surjet continue ou points séparés

A la fin : 1) Retirer le tampon vaginal
2) Nettoyer la plaie, le périnée
3) Toilette de la patiente
4) Terminer par un TR

VII = Soins Post-opératoires : ATB prophylaxique systématique n'est pas néces

→ soins locaux
→ soins généraux

- Si oedème, dér ⇒ anti-inflamatoires
- Levé précoce.
- ATB per os : 1) Si travail long laborieux
2) oedème, hématome périnéal
3) infect° vaginale : LA teinté
4) ♀ diabétique.

VIII - Evolutin / Complicat°

→ cpl immédiate :
1. * hémorragie suit Médio latérale
2. * Déchirure sur épisio (épisio insuffisante)
3. * douleur + œdème périnéal
4. * infection
5. * Désunion de suture ...

→ cpl Tardive :
1. → douleur périnéale
2. → Dyspareunie
3. → Kyste de la glande de Bartholin !!!
4. → Asymétrie vulvaire
5. → Béance / sténose vulvaire
6. → Endométriose sur cicatrice
7. → Fistule recto-vaginale - Recto-périnée

IX Conclusin :

1. L'épisiotomie est un geste simple et banalisé mais ce n'est pas un acte mineur !!!
3. elle vise à faire disparaître les délabrements périnéaux.
3. protège un fœtus fragile, prévient le prolapsus
0. sa réalisat°, sa réparat° doivent être parfaitement maitrisées.

Délivrance artificielle

plan

Dr Hadjer Agad

I) Généralité :
   1 - définit°
   2 - Rappel physiologique sur la délivrance
      * décollement
      * migrat° + expulsion
      * hémostase

I) indication
   A - Rétention placentaire ⇒ ↓ décollement
                              ↓ migrat°
   B - PP hgrique
   C - DA dite mineure : DA + AU

II) Technique : - préparation
                - Technique

IV) Difficulté opératoire :
   * Anneau de rétraction
   * Placenta adhérent

V) Accidents :

VI) conclusion

Délivrance Artificielle

I) - Généralités :

A) - **Définit°** : c'est un **décollement manuel du placenta** puis l'extériorisation hors de la **cavité utérine** puis **vaginale**.

B) - **Rappel sur la physiologie de la délivrance** :

Après l'expulsion fœtale sous l'effet des CU : **3 phases** :

1. décollement
   - Tps préparatoire
   - décollement proprement dit
2. Migrat° + expulsion
3. hémostase

1) - **décollement** : 2 étapes :

→ Tps préparatoire : Repos (10-15') → Rétract° passive de l'utérus → **enchatonnement placentaire**

→ Décollement proprement dit : tps actif → CU↑ → clivage entre couche superficielle et profonde de la caduque → **hématome physiologique**

2) - **Migration + expulsion** :

1. sous l'effet des **CU** et du **poids** du placenta
2. Déplissement du SI
3. Décollement des Membranes **en doigts de gant**
4. Migrat° puis expulsion selon 2 modes : Duncan, Baudelocque.

3) - **Hémostase** :

- Hydrostatique : Ligature vivante de Pinard
- Mécanique : de coagulation

II) Indications :

A) - **Rétention placentaire** : **Absence de délivrance spontanée** 30' après l'accouchement secondaire à une anomalie de **décollement** ou **migrat°**

1) → **Atlie de décollement** :
   - → défaut d'implantat° : Srr muqueuse utérine altérée : **inflamat°** : chorioamniotite ; **cicatricielle** : césarienne, curetage...
   - → Atlie de placentat° : **Acreta**, **increta**, **percreta**
   - → inertie utérine

2) → **Atlie de migration** :

* **hypertonie** localisée du muscle utérin → **incarcérat° placentaire**
* **Spasme** localisé d'1 corne → **enchâtonnement placentaire**
* gêne mécanique : Globe vésical, Antéversion utérine...

B - placenta praevia hgique : on attend pas le dlg ⚠⚠

C - délivrance artificielle dite primaire : Révision utérine

III) Technique :

A : préparat° :
1) - Asepsie Rigoureuse : champs stériles, gants stériles, opérateur habillé stérile
2) posit° gynéco + vessie vide
3) Anesthésie Générale / loco régionale
4) ATB prophylaxie !!

B - DA_mouvement dite :

1) main gauche empêche le fond utérin.
2) main droite introduite suivant le cordon ombilical : vagin, utérus
3) les bouts des doigts repèrent le bord du disque placentaire, clivage utéro-placentaire
4) une fois décollé, le placenta est retiré en une seule manoeuvre en douceur sans déchirer les fibres
5) Révision utérine systématique pour s'assurer de la vacuité utérine + intégrité SI
6) Examen du délivre
7) Réfection d'une déchirure, épisio
8) Surveillance en salle de réveil ≥ 2h

IV) les difficultés opératoires :

→ anneau de Rétraction : vaincre l'obstacle par une action ferme mais douce en s'aidant d'une anesthésie ou spasmolytiques
→ placenta très adhérent : DA risquée ⇒ risque lésion d'effraction du myomètre.

V) Accidents :

→ court terme : 1) endométrite
2) effraction du myomètre
3) inversion utérine +++
4) introduction dans la cavité abd via le CDS de Douglas

→ long terme : → BCI
→ Synéchies

VI) Conclusion :

La DA est un geste invasif, pourvoyeuse de CPL pouvant compromettre l'avenir génital de la femme
Connaissance parfaite des indications, Asepsie rigoureuse et maîtrise du geste.

Examen du délivre

Dr Hadjer Ayad

I) introduction :

1- définition : examen systématique qui fait partie de l'accouchement se fait tout de suite après l'accouchement du délivre :

placenta + membranes + cordon = Annexes du fœtus.

2- interet :

1. s'assurer de l'intégrité du placenta + membranes
2. expliquer certains "accidents" au cours de la grossesse et l'accouchement (interrupt° repetée de G, MIU, Nœud serré)
3. orienter le Trt de la f, NNé = Listériose, HRp, chorioamniotite
4. Renseigner sur pathologie f - f

II) Modalité de l'examen :

A- quand : tout de suite après l'accouchement → 24h

B- Matériel : source de lumière, plateau, balance pour la pesée, Metre Ruban.

III) Examen du délivre NL :

A- placenta :

1- Forme : Discoïde, Ø = 16-20 cm, épaisseur = 4-7 cm
   ↓ au centre à la périphérie

2- consistance : Molle

3- 02 faces :

→ face Maternelle : chamue, Rugueuse, 20-40 cotylédons séparés par des septums, elle n'a ni incision ni cupule, on vérifie l'intégrité en examinant les bords placentaire qui doivent être nettoyés.

→ face fœtale : lisse - Transparente laisse apparaitre des Vx sg sous les membranes, s'insère le cordon, l'insertion est Centrale ou excentrée.

B- Les membranes :

- en continuité avec la face fœtale, lisse, avasculaire
- l'examen se fait en transparence à la lumière
- elles comptent 02 feuillets : chorion + Amnios
- on recherche le siège de la rupture des mbr en calculant le petit côté mbrs

C - Cordon :

1- insertion sur la face fœtale
2- Central ou un peu excentré
3- Longueur : 40 - 70 cm
4- compte : deux art, une veine
5- forme spiralée = Mvt fœtus = 20 - 40 spires

D - poids du délivre : 1/6 du poids Nné

IV) Les anomalies :

1) Abn forme = - placenta Réniforme, en fer à cheval
- placenta Duplexe = deux masses séparées par pont d'atrophie
- placenta avec cotylédon aberrant ou accessoire au niv Mbs

2) Abn Volume =
- hypotrophie placentaire = RCIU
- hypertrophie placentaire = Gros œuf, GG, Anasarque F. placentaire

3) Abn du cordon :
1) Longueur : < 40 cm ⇒ SFA, défaut d'engagement, décollement placentaire, invasion utérine
> 70 cm :
2) Nœud du cordon = lâche, serré ⇒ SFA, MIU
précoce : près de l'ombilic
Tardif : près de placenta
3) Structure : Sd de l'artère unique = plusieurs malformat° urinaire, Fente palatine
4) abn d'insertion : Marginale, Vélamenteuse

4) Abn de placenta :

1) au niv face f : - plaque basale
1- a = calcificat° : jaunâtre, blanchâtre, visible au niv plaque donnant lobulosat° grenue, aucune signification clq Sauf 6ème trimestre
2- b = cupule : hématome décidual basal : cupule au centre du placenta dûe à un hématome décidual qui peut aller de or en → moitié placenta
Hématome décidual Marginal : cupule périphérique moins grosse.
2) infarctus : placenta rouge foncé
3) PP = petit côté des Mbs < 10 cm
4) placenta accreta - percreta : lésion villosités choriales s'insère au niv myomètre - séreuse. ⇒ hgie D
5) si mole hydatif : aspect en grappe de Raisin
6) si HTA = placenta de faible poids

④ - si diabète : placenta hypertrophié + réduction des villosités

⑧ - Sectim :
- → thrombose inter-villeuse : entre les vx
- → thrombose sous chriale massive
- → les abcès : Grain de riz puis jaunatre, intéressant B*
- → les infarctus : n'apparaissent jamais sur la face fœtale
  → inf utéro-placentaire.

⑨ - Tumeurs :

* choriocarcinome : Tm maligne hyper friable
* kyste placentaire, Kyste du chorion ; entouré sérum, mince, face fœtale
* Angiome : Rare, unique, face fœtale s/ amnios

⑤ → Aide des fibres à ① - insertion : placenta marginé
② longueur : petit lambeau < 10 cm ≡ PP = délivrance Duncan
risque hyper D

V "cas particulier GG"s

intérêt : diag : Recherche les anomalies de communicat° = Transfuseur - Transfusé

- → Monochoriale - Monoamniotique : 1 seul œuf fécondé qui s'est ÷ ⇒ malform°
- → " - Biamniotique : risque transfuseur transfusé
- → Bichoriale - Biamniotique

VI prélèvements

- → Bactério - direct : culture : RPM, infect° amniotiques, micro-abcès
- → Anatomie - pathologique : insuffisance utéro-placentaire
  HRP - infarctus placentaire, infect° = Listériose
  TOXO

VII Conclusion :

L'examen du délivre est un exam systématique & faisant après TNT accouchement, apporte des éléments précieux sur état patho f-f

Révision utérine

Dr Hadjer Agad

I) introduction :

1- Définit : c'est une "méthode manuelle" d'exploration de l'utérus avisée dg et thérapeutique

2- intérêt : geste facile permet ① de s'assurer de la vacuité utérine
② vérifier l'intégrité de l'utérus (SI +++)
③ recherche des membranes fœtales

II) indications :

① - hgie de la délivrance après expulsion du délivre
② - Accrochement sur utérus cicatriciel (déhiscence ou rupture)
③ - après césarienne
④ - après manœuvres utérines (VME, VMI, extract° du siège)
⑤ - après extract° instrumentale (Forceps, spatule, ventouse)
⑥ - Ⓟ siège chez primipare si (voie basse acceptée)
⑦ - Suspicion de rétention placentaire
⑧ - curetage évacuateur
⑨ - suspicion de rupture utérine
⑩ -

III) CI : 1- infection
2-

IV) Technique

1- préparation : ① champs stériles, gants stériles, antiseptique, accoucheur habilités
② col dilaté au moins 02 doigts + -
③ Asepsie rigoureuse
④ s/AG, péridurale !!!!

2- Technique moment dilés :

① - ♀ en posit° gynécologique, vessie vidée, Toilette VV, port de gants
② - introduct° de la main choisie ds le vagin ⇒ 02 doigts ds l'utérus
③ - main gauche empaume le fond utérin, abaisse l'utérus vers le pubis
④ - main droite explore : le fond, paroi, face, cornes par le bord cubital suivant ainsi les reliquats restants, explore la cicatrice hystérotomie
⑤ - dépli du SI à la recherche déhiscence ou rupture

⑥ - Explorat° de la filière génitale : Biopsie cervicale, vaginale ou vulvaire

Soins après le geste :

* massage du fond utérin (globe de sécurité)
* injection d'ocytocine pour une bonne rétraction
* surveillance de la patiente.

V) Difficulté : * Spasme cervical !!!
* risque infectieux

VI) Complicat° :

→ à court terme : * infection (salpingite)
* effract° de la paroi utérine
* hgie

→ à long terme :
* synéchie
* BCI

VII Conclusion : c'est un geste qui nous renseigne sur la fragilité et l'intégrité utérine, de pratique courante, respect des règles d'asepsie et la maîtrise du geste